Cuando estar mal es un problema colectivo

Capitán Swing

JAVIER PADILLA

MALESTAMOS

MARTA CARMONA

MALES TAMOS

Cuando estar mal es un problema colectivo

Javier Padilla / Marta Carmona

Capitán Swing

MALES TAMOS

Cuando estar mal es un problema colectivo

A quienes vais detrás,
que nos venís alumbrando.
A quienes vinisteis antes,
que hicisteis el camino.

Javier Padilla

A Bó y T-Rex, por geniales.
Al cantante de Buhonegro,
por pimpollo y por soporte.
A todas las comadres que
he tenido la suerte de cruzarme.

Marta Carmona

Introducción

El malestar que seremos

«La realidad nos ha olvidado
y lo malo es que uno no se muere de eso».

ALEJANDRA PIZARNIK

Enciendes la tele, pones una plataforma de *streaming* y vas pasando posibilidades para llenar esa noche de viernes. Acabas viendo *El niño de Medellín*, un documental sobre el cantante y productor colombiano J Balvin. Colores, música, baile, fiestas y padecimiento psíquico. Una historia sobre cómo la sobreexposición y la competencia descarnada del mundo de la música, así como las dinámicas deletéreas en las que todos nos vemos inmersos, acaban exprimiendo a una superestrella, que se rompe ante la cámara.

Enciendes la tele, es pronto por la mañana. Quieres ver la final por equipos del concurso femenino de gimnasia artística de los Juegos Olímpicos de Tokio. La noticia es que Simone Biles no participará. En los siguientes días se confirmará que «problemas de salud mental» han hecho que se apartara de la competición. Biles aparecía en el documental sobre Larry Nassar, el médico de la selección estadounidense de gimnasia artística que abusó durante años de muchas de las gimnastas.

Coges tu móvil, pones alguno de tus dos pódcast favoritos, *Estirando el chicle* o *Deforme Semanal*, y las *concursantas* hablan con normalidad de sus experiencias con terapeutas, llegando a reconocer (y recomendar) la psicoterapia como forma de sostener sus vidas.

Coges el ordenador, pones el último programa de Playz y escuchas a gente joven hablar sobre «salud mental» con la sensación de que no solo es algo que

atraviesa sus vidas, sino que además lo hacen con discursos menos estigmatizadores que cualquier persona de la generación *baby boom* y con bastante enganche con las condiciones materiales de vida y las dificultades de emprender un futuro digno y esperanzador.

Abres un enlace que te han recomendado y empiezas a ver el documental *Que sirva de ejemplo*, dirigido por Sofía Castañón, donde resuenan palabras que bien podrían servir para hablar de la antes-ausencia-ahora-ubicuidad del padecimiento psíquico. Una de las personas que participan en el documental afirma que la manoseada frase de «lo que no se nombra no existe» no es cierta al hablar de la *heteronorma*. Argumenta que, a pesar de que la heteronorma rige el mundo y vertebra nuestras sociedades y la manera en la que nos relacionamos con las demás personas, nadie la nombra y la mayoría de la gente levanta una ceja al escuchar esa palabra. A menudo, no nombrar es una forma de hacer que algo no exista, pero en ocasiones no se nombra algo porque, dado su carácter ultrahegemónico, conviene negar su papel de nominación. Como diría Jorge Moruno, «la ideología triunfa en la medida en que su presencia sea su ausencia». [1]

El sufrimiento psíquico siempre ha estado ahí, y en muchas ocasiones se ha presentado a nivel mediático en forma muy *mainstream*, copando minutos de televisión y portadas de medios escritos, muchas veces ligado a problemas de salud mental de alguna persona famosa o a algún hecho más o menos truculento. Ahora, no sin cierto adanismo, hay muchas voces que dicen que «por fin» se habla de salud mental, pero no hace falta buscar demasiado en la hemeroteca para ver que ya fue un tema importante cuando la muerte de Kurt Cobain o de Blanca Fernández Ochoa, cuando se produjo el auge del psicoanálisis entre las clases pudientes de Occidente o cuando constatamos que ser líderes en consumo de ansiolíticos se había convertido casi en un meme propio de España.

Hay dos aspectos que deberíamos aprovechar, más allá de dilucidar si este bombo mediático es un pico más de las múltiples ondulaciones que concita el interés por el padecimiento psíquico de la población: por un lado, qué hace que ahora pueda hablarse de una forma distinta de estos temas y, por otro, al servicio de quién está (y puede estar) este bombo.

Son varios los planos que parecen coincidir en la forma actual de hablar de esto-que-nos-pasa: por una parte, la amplificación de los mensajes sobre el sufrimiento psíquico hace que ya no queden limitados al eco de los grandes medios de comunicación, sino que las redes sociales han permitido la transmisión de muchos de estos mensajes de forma directa desde la persona que padece hacia una audiencia cada vez mayor; por otra parte, este estado colectivo, que

podríamos definir como «condición póstuma», en palabras de Marina Garcés, o como «cancelación del futuro», en las de Mark Fisher, viene a indicarnos que cuando miramos hacia delante ya no tenemos claro que vayamos a ver algo. Y esta situación de finitud puede ayudar a enfatizar el sujeto colectivo —y no solo el individual— en relación con las preocupaciones y mensajes sobre la salud mental, abriendo así las puertas a formas distintas de abordar el problema. Por último, el actual bombo del padecimiento psíquico está siendo protagonizado en gran parte por la llamada, despectivamente, «generación de cristal», que ha hecho gala de incorporar de forma clara los determinantes estructurales al análisis de los porqués, al tiempo que evidenciaban la necesidad de plantear cómo cambiarlos.

La *salud mental* es el nuevo hablar-de-qué-tiempo-hace, y ahí se mezclan discursos muy variados, que van desde una sensación inespecífica de estar cansado del día a día hasta las experiencias de personas con un largo historial con el sistema sanitario y sus dispositivos de salud mental. Paradójicamente, el auge mediático de la salud mental no ha hecho que estos últimos hayan recibido una mayor (y mejor) atención o que hayan aumentado su visibilidad en espacios públicos de debate y construcción de discurso, sino que han visto cómo su posición de personas con padecimiento psíquico ha sido arrasada por un tsunami de padecimientos comunes, en muchas ocasiones mal delimitados, que por ser fácilmente generadores de identificación y empatía en la población general han tendido a ocupar la totalidad del espacio mediático.

Esa es la situación que tenemos ahora. Una sociedad que habla de salud mental pero que, en realidad, está hablando de un conjunto de conceptos entremezclados: desesperanza, cansancio, falta de expectativas, estrés, preocupación y dificultad para saber cuándo se acabará ese sentimiento. Una sociedad que quiere poner la salud mental en el centro, pero referida a los problemas de salud mental que les son más inmediatos, volviendo a dejar de lado aquellos padecimientos más estigmatizados, cuya comprensión se ha hecho siempre desde el miedo y el rechazo. Queremos hablar de salud mental, pero volvemos a recurrir a la otredad del loco, a la sensación de peligro de quien ve de lejos la locura sin pararse a escucharla, para justificar cada acto violento («mató a su hija y a su mujer porque se volvió loco», en vez de decir «mató a su hija y a su mujer porque el machismo que no conseguimos quitarnos de encima sigue dando zarpazos»). Queremos afirmar que el sufrimiento psíquico tiene que ver con las condiciones de vida, pero allá donde no nos sentimos capaces de cambiar las condiciones de vida aparece el determinismo biológico. Con la dopamina y la serotonina hemos topado. Como siempre.

Sufrimos colectivamente, pero, al subirnos al barco, invisibilizamos muchas otras formas de sufrimiento, las menos comunes, y volvemos a hacer lo mismo de siempre, aunque nadie crea estar haciéndolo: cooptar y segregar. Para todos esos conceptos comunes, que acarrean sufrimiento pero no conllevan el grave riesgo de segregación social de lo que históricamente se ha designado como locura, optamos por utilizar como paraguas el término de *malestar*, porque toda esa desesperanza, ese cansancio, ese eterno nudo en el estómago, esa disociación entre la edad del DNI y la soberanía sobre el proyecto vital tienen en común algunos aspectos: conforman un sentimiento de época enraizado en la sucesión de crisis económicas, el desarrollo de las herramientas del capitalismo de vigilancia y la falta de alternativas por parte de los poderes públicos a las crisis de cuidados producto de la lenta y desigual incorporación de los hombres a las tareas de trabajos informales para el sostenimiento de la vida. Además, el malestar se conforma bajo dos premisas fundamentales: 1) es colectivo, pero parte de una experiencia vivida como enormemente singular y 2) la proyección hacia el futuro de aquello que se percibe como causa no parece que vaya a solventarse de forma espontánea.

¿Cómo puede ser universal que la gente se sienta mal por esto que me pasa solo a mí? Y, sobre todo, ¿qué es eso de que de esta no salgo por mi cuenta y a base de esfuerzo individual? La mayor de las características del malestar es que se conjuga en plural. Estamos mal, porque mal y porque estamos, porque la existencia de unas condiciones estructurales, sociales y políticas deja una impronta sobre nuestras biografías que hace que esto no sea una cosa que me pasa aislada del contexto, sino que el contexto forma parte no solo de las causas sino del problema en sí mismo.

El malestar tiene mucho que ver con la incapacidad de imaginar un futuro que sea realizable. La ruptura generacional que tan bien refleja la frase (real o no) «Nuestra generación será la primera que vivirá peor que la de sus padres» nos señala que de haber un futuro este será el resultado del declive de varias generaciones que esperaban mantener la evolución desarrollista de las generaciones previas. Lo prometido era un futuro de casa-y-coche, pero resultó que lo importante —y lo que haría saltar las costuras del bienestar social— fueron la seguridad y la estabilidad. Para que el futuro pueda volver a ser soñado y deseado hacen falta cambios estructurales importantes, pero también que las generaciones que aún acumulan casi todo el poder en sus manos entiendan que sus sueños han empezado a tomar cariz de pesadillas. Esto hace referencia, aunque obviamente en muy distinta medida, tanto a los dueños de petroleras que continúan deforestando pese a la escalofriante aceleración del cambio climático,

como a los padres que cada domingo siguen intentando convencer a sus hijos de que hipotecarse a treinta años es una apuesta ganadora porque no hay nada más seguro que invertir en ladrillo. No solo hay unas condiciones materiales cada vez más generadoras de desigualdad, hay un choque frontal de cosmovisiones: la de quienes —independientemente de su edad, porque siempre ha habido y habrá quien escapa al mandato de su generación— sostienen triunfales que «las cosas nunca han estado tan bien como ahora», y la de quienes, como decía Terry Pratchett, sonríen con pánico y argumentan que «las cosas se han hecho siempre así y un millón de muertos no pueden estar equivocados».

Este libro se escribe desde varios puntos de partida, algunos de ellos los hemos plasmado en esta introducción, otros se irán viendo a lo largo del texto, pero hay uno en concreto que queríamos dejar aquí explicitado. Extraer el *malestar* de los denominados «problemas de salud mental» supone buscar dos objetivos: la politización de este fenómeno (entendiendo el término como su extracción del ámbito de lo íntimo y su puesta en común en el ámbito de debate donde todos y todas participamos) y la huida de respuestas individuales, especialmente de las que tienen base sanitaria. La salida de esta situación generalizada de desesperanza y pérdida de futuro, construida sobre un presente de precariedad y *estado de catástrofe* de las estructuras sociales de cuidados, no va a ser liderada por un aumento exponencial del número de profesionales de la psicología en los servicios sanitarios o por una mejora de los programas de prevención del suicidio; estos serán elementos necesarios dentro del imprescindible proceso de fortalecimiento de los servicios públicos, pero esta tarea no puede recaer sobre la atención individualizada, sino que alude de forma directa a intervenciones en el ámbito del trabajo (formal e informal) y a una ampliación de los derechos de subsistencia que abarque los derechos vinculados a los valores posmateriales (autonomía, libertad de expresión, desarrollo de la democracia…), que son los que hacen que nos podamos permitir pensar en la conquista del futuro.

A lo largo del libro repetiremos incansablemente elementos centrales para la politización del malestar, e intentaremos hacerlo con referencias más explícitas a Alejandra Pizarnik, Sara Ahmed o la escuela de nuestras respectivas hijas que a Foucault, Guattari o Deleuze, aunque estos estén ahí de fondo. En una primera parte trataremos de dar forma al concepto de *malestar*, tirando de los hilos que conforman su causalidad y haciendo ver que esta tiene más de ovillo que de cascada. A continuación nos adentraremos en algunos de los grandes falsos dilemas a los que nos enfrentamos cuando hablamos de padecimiento psíquico; veremos si hay que elegir entre sindicato o psicoterapeuta, si las nuevas

vulnerabilidades son más *cool* que las viejas o si los discursos importan por sí mismos o también hay que mirar quién se beneficia de según qué narrativas. Por último, no renunciaremos a defender que hay formas de organizarnos socialmente mejores, más libres, más justas y más igualitarias, y que estas contemplan medidas concretas que pueden hacer que vivamos mejor. No que yo viva mejor. No que tú vivas mejor. Que lo hagamos todas.

[1] Moruno, J., *No tengo tiempo. Geografías de la precariedad*, Akal, 2018.

Café con lorazepam

El uso racional del medicamento es uno de los elementos básicos de una buena praxis. En un contexto en el que una persona puede acudir a una pléyade de especialistas (sin contacto alguno entre ellos si lo hace en el circuito privado y sin que estos pongan particular celo en coordinarse) y cada vez se deja menos espacio a la figura que debiera poner algo de orden en los mil y un tratamientos que alguien puede tomar, la deprescripción y la adecuación de los fármacos que se le recetan es imprescindible.

En el caso de los psicofármacos, cuya utilidad, desde el marco que propone Joanna Moncrieff,[2] depende más de la sensación que inducen (sea tranquilidad, ataraxia o somnolencia) que del hecho de que resuelvan un fallo en el organismo, y que con mucha frecuencia forman parte de listas de polifarmacia, esto es particularmente importante.

El tratamiento farmacológico de una persona con un síndrome ansioso-depresivo muy habitualmente consistirá en un ISRS (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina), mal llamado antidepresivo, cuyo efecto fundamental una vez se lleva tomando unas semanas es inducir una ataraxia, esto es, un cierto distanciamiento emocional de las vivencias; y un ansiolítico de efecto inmediato en las horas siguientes a ingerirse, desactivando el efecto de la adrenalina y otros elementos de la *sobreactivación* que sufre nuestro organismo cuando experimentamos ansiedad o angustia.

Precisamente porque el efecto del ansiolítico es rebajar esa sobreactivación (hasta el punto de que una de sus indicaciones es la inducción del sueño en determinados tipos de insomnio), no tiene ningún sentido ingerir de forma

simultánea un café, repleto de una sustancia activadora bien conocida llamada cafeína, y un fármaco que pretende causar el efecto contrario sobre un organismo que ya se encuentra sobreactivado de base.

Sin embargo se hace. Se hace mucho. Los pacientes voluntariosos que se pasan al descafeinado para no boicotear el efecto de la pastilla son los menos (salvo que ya tomaran descafeinado antes).

Si atendemos a criterios puramente científicos (en una concepción muy estrechita y pobre de la ciencia, que mira en detalle por un microscopio pero se pierde la panorámica), la médica, sea de cabecera o psiquiatra, debería conciliar esa medicación y retirar tanto el estimulante como el sedante, ya que «ahora mismo, José Manuel, son las gallinas que entran por las que salen: lo que consigues con una cosa lo matas con la otra, así que tienes el hígado y el riñón esforzándose a lo tonto». Esta maniobra de conciliar medicaciones y sustancias es procedente y más que deseable en una buena atención. Lo principal en la conciliación es que el paciente no sabe que está tomando sus medicinas de una forma en la que no funcionan, y se beneficia de que su médica le informe de que dentro de su organismo estamos induciendo un combate de boxeo. Un anciano con un control difícil de sintrom quizá no debería hacer una dieta basada en cantidades aleatorias de espinacas durante meses; una mujer migrañosa en una etapa de episodios de repetición se beneficiará de no beber vino y no comer queso a diario, y un hipertenso no debería estimular sus estudios de opositor con dosis diarias de Durvitan.[3]

Sin embargo, en el caso del combo café con ansiolítico, la inmensa mayoría de quienes lo toman saben perfectamente que los efectos son antagónicos. Saben que el ansiolítico les tranquiliza y a cambio les hace sentir plomizos, y que el café les espabila y a cambio les pasa una lija por dentro. Cuando se confronta en consulta (*son gallinas entrando y saliendo como en la puerta giratoria de un centro comercial, Maria Emilia, ¿no cree que sería mejor no tomar ninguna de las dos?*), entienden perfectamente la contradicción, pero sienten que la necesitan.

Hay que recordar que en toda intervención farmacológica, pero en particular en la psicofarmacología, hay dos niveles de actuación del fármaco: por una parte, el mecanismo de acción mediado por las propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas del medicamento, esto es, lo que el fármaco hace explícitamente (y de forma limitada) en el organismo, y por otra, todo aquello que obedece al significado de la prescripción para prescriptor y paciente, es decir, el valor simbólico de «estar tomando algo para ponerme mejor», las expectativas, la relación terapéutica, las narrativas culturales sobre qué implica estar tomando *algo* o estar tomando *esto*… Una parte nada desdeñable del beneficio de ciertos

fármacos se encuadra dentro del amplio campo llamado «efecto placebo», no entendido como algo que funciona cuando no debería, sino como una limitación de los modelos puramente biológicos para explicar el efecto de las intervenciones farmacológicas. Estos dos mecanismos de acción son indivisibles, aparecen siempre, y delimitar cuánto se debe a uno o a otro es difícil, ya que ambos dependen de múltiples variables; lo que nos lleva a entender el acto clínico de introducir, seguir y retirar un psicofármaco como una intervención narrativa.[4]

Quienes desayunan café con lorazepam entienden la contradicción que implica pero la necesitan porque cada mañana, cuando abren los ojos, constatan que siguen vivos y que el mundo sigue existiendo tal y como lo conocemos, que siguen sin ganas de levantarse, y con ellos se despiertan el miedo a qué se encontrarán hoy, la escasa esperanza de un milagro que resuelva todo de golpe y un abundante desaliento. Porque en ese malestar cotidiano enquistado, que podemos diagnosticar con el *DSM* pero también abriendo el periódico, habitan muchas cosas a las que hay que enfrentarse de maneras distintas, cuando no opuestas entre sí.

Hace falta creer en la posibilidad de mejoría. De mejoría clínica, de que desaparezcan los síntomas de ansiedad y depresión, pero también de mejoría vital, posibilidad de que el protagonista de la propia biografía pueda cerrar este capítulo turbulento en el que le leemos y pueda pasar a uno donde el pecho no oprima y las tripas no se retuerzan de continuo. Hace falta frenar la respuesta desbocada del cuerpo, que aún reacciona al peligro disponiéndose para correr como si aún tuviéramos detrás un león hambriento y no a un banco que puede desahuciarte cuando quiera y al que, pese a su posición de amenaza, sigues pagando. Pero también hace falta coger fuerzas para afrontar un día donde el grueso de la energía se pondrá lejos de casa y lejos de la gente escogida, para pasarlo encerrado en un trabajo, exprimiendo lo mejor de uno mismo para que otro pueda enriquecerse. O exprimiendo lo mejor de uno mismo para proveer de un servicio público que rara vez será capaz de resolver de verdad los problemas de aquellos a quienes atiende. O exprimiendo lo mejor de una misma para brindar un cuidado profesionalizado mal valorado, mal pagado y que va royendo el cuerpo a base de sobreesfuerzos físicos. Y así *ad nauseam*.

Casi todas las personas que toman café con ansiolítico saben que es una contradicción. Pero lo hacen. Lo hacen porque en realidad la contradicción raíz no está ahí, en la molécula cafeína y en la molécula lorazepam. La contradicción fundamental es que el cuerpo active la señal de alarma, la señal de que hay que huir *ya* del depredador, y la ignoremos. Que sí, que el cuerpo, concretamente ese trozo profundo del cerebro donde se inician esas reacciones físicas tan intensas

(aceleración del ritmo cardiaco y la respiración, dilatación de las pupilas, hiperaflujo de sangre a las piernas a expensas del flujo sanguíneo de la piel, que de pronto está fría y sudorosa, el zumbido de los oídos, la visión estrechada, el nudo en el estómago), va lento en la evolución, que aún no se ha enterado de que en 2022 la señal de alarma casi nunca se dispara por un depredador del que haya que huir corriendo (salvo cuando tienes que volver a tu casa de noche y lo haces corriendo con las llaves en la mano), que en este momento de nuestra historia la alarma se suscita por problemas en el futuro a medio plazo, que son mucho más difusos, que tienen que ver con estrecheces económicas, con falta de planes viables, con conflictos interpersonales que nos han dañado y no tenemos tiempo ni espacio de poner en palabras ni reparar.

Que sí, que el cuerpo se empecina en que me ponga a correr y acabo teniendo un ataque de pánico cuando por mucho que el corazón se me acelere no voy a cobrar más a fin de mes, que el cuerpo no es el peine con más púas, que lo que tú quieras, pero que esa lentitud evolutiva no nos distraiga del hecho fundamental: nuestra mente activa el modo «sálvese quien pueda» y nosotros lo que pretendemos es ignorarla y que se calle, sin atender a qué ha disparado las alarmas. Que el plan antiincendios del cuerpo estará obsoleto, vale, pero si han saltado las alarmas y está todo lleno de humo, no podemos quedarnos como el perro del meme, diciendo *«this is fine»* mientras las llamas nos rodean.

Esa es la gran contradicción, y no el bochinche que se monta en la sinapsis. La primera vez que alguien tiene una crisis de ansiedad es posible que no la identifique como tal; es frecuente pensar que se está sufriendo un infarto o tener sensación de muerte inminente. Una vez se ha pasado, se ha descartado que además de ansioso uno no pudiera estarse infartando de verdad (alguna vez pasa), se pone en contexto lo sucedido; todo el mundo acaba entendiendo, con términos más o menos técnicos, que la ansiedad obedece a un conflicto que no se está pudiendo resolver.

A veces es un secreto familiar que enturbia la convivencia; a veces es un recuerdo traumático; a veces es una piedra con la que uno tropieza una y otra vez a la hora de entablar y sostener las relaciones. A veces es un poco todas esas cosas a la vez, en lo que podríamos llamar —con brocha muy gorda— problemas relacionales. Pero también muchas veces, y cada vez más, ese conflicto consiste en no poder alcanzar las condiciones mínimas para vivir. Desde quienes ya han quedado excluidos del sistema y quienes sienten más y más cerca la amenaza de exclusión, hasta quienes saben que pueden mantenerse dentro de la rueda pero siempre en el lado más precario, a salvo de la exclusión pero vedados a la posibilidad de relajarse y de no tener que calcular cada céntimo y cada mes. O

consiste en constatar a diario cómo la seguridad económica cuesta, además de mucho esfuerzo físico y mental, muchas horas (en desplazamientos, en horarios laborales infinitos, en trabajo de reproducción que ni siquiera se enuncia como trabajo) que van carcomiendo la mera opción de, simplemente, estar y existir.

El conflicto puede ser sentir que uno se está perdiendo la infancia de sus hijos, o la posibilidad de tenerlos, o extrañar a los amigos a los que cada vez ve menos, o no tener tiempo ni espacio mental para crear esa expresión artística que siempre sintió que estaba llamado a hacer. Puede ser que una vea un poco más cada día cómo se desmorona el yo que imaginó que sería, cómo las expectativas y el deseo de vivir se van rebajando, a veces hasta alcanzar un mínimo estable, a veces hasta casi extinguirse. A estos conflictos, que apesadumbran a individuos pero que tienen que ver con las condiciones de vida de todos, el sistema los ha dado en llamar —casi más con rodillo que con brocha gorda— «problemas sociales».

Los problemas relacionales pueden suceder aunque uno nazca con las mejores cartas socioeconómicas posibles. Puede uno aterrizar en la familia con más capital económico y cultural de la Tierra y aun así tener un sufrimiento psíquico terriblemente intenso. Abusos sexuales infantiles intrafamiliares, violencia, abuso narcisista… La seguridad económica no excluye esos sufrimientos. La cuestión es que la precariedad tampoco; es más, favorece que se acumulen. Es decir, los problemas relacionales no forman parte de ese grupo de cosas a las que acompañamos con un «nos igualan a todos» (como la muerte, el cáncer y tantas otras), porque impactan de forma más intensa en contextos sociales desfavorecidos. Autocitarse está mal, pero peor es autoplagiarse, así que rescatamos este fragmento del libro *Salubrismo o barbarie*[5] donde se explica esta idea de que los diferentes tipos de violencias ejercidas (recibidas) se transmiten o conducen y lo hacen de forma más flagrante allí donde encuentran una autopista para avanzar sin freno:

> Sabemos, gracias a los sistémicos, que el sufrimiento se propaga a lo largo de las generaciones. Que en el proceso de individuación de cada sujeto, para el cual es preciso el medio familiar (o lo que quiera que lo supla) se acusa ese sufrimiento heredado. Que la parentalidad se desarrolla ante cada nuevo hijo soportando la carga de todas las generaciones anteriores; que la infancia de cada hijo se condiciona por la infancia que tuvieron sus padres y cómo fueron criados por sus propios padres… y así eslabón por eslabón, en columnas entrecruzadas que se retraen a la noche de los tiempos, cimentando las culturas y las sociedades. Muchas de estas columnas, sanas y vivas, van creciendo sólidas. Otras sin embargo, dañadas y vapuleadas, se sostienen clavándose

> contra cada generación nueva, arrastrando sufrimiento. Esas columnas, cuya carga vertical se hace insoportable, acusan como ninguna los golpes laterales que les proporciona lo social. Crezcan allá donde «derecho» solo significa «estribor» o crezcan donde «felicidad» es el nombre de la rueda de hámster neoliberal trabaja-para-consumir, hay columnas que aguantan sólidas y otras que se quiebran. Entender cuáles y cómo pasa por entender cómo esa violencia se convierte en agente de transmisión. Pero eso, y por desgracia solo contamos con conjeturas para sustentarlo, implicaría saber cómo detenerla. Parece difícil que un sistema que se sostiene sobre la imposición y el expolio de unos/as pocos/as sobre los demás, vaya a tener interés en que se conozcan los engranajes de una de sus patas.

La diferencia fundamental es que la seguridad económica permite el espacio para poder localizar el origen del conflicto, decirle al ritmo cardiaco y al flujo sanguíneo que pueden estarse quietos, que no viene un león persiguiéndonos pero que tomamos nota del aviso de peligro, centrarse en localizar esas *pautas problema* relacionales, buscar experiencias emocionales reparadoras, identificar quién nos ha dañado, sanar los traumas. La seguridad económica es, una vez más, la vía hacia la capacidad para hacer cosas, y en este caso esa capacidad es la que marca una diferencia en la perpetuación del sufrimiento. La inseguridad económica embarra todo eso. El espacio (simbólico y literal) necesario para poner en orden esos elementos está atestado de preocupación por pagar facturas, por si el casero pondrá problemas para prorrogar el alquiler, por si las doscientas horas extra de este año que me juraron que me pagarían se me pagarán. Muy a menudo escuchamos cómo se exige más atención técnica a los problemas de salud mental, un mayor acceso a psicoterapia, lo cual hasta ahora ha quedado reservado en el sistema nacional de salud a personas con lo que se denomina trastornos mentales graves y trastornos de personalidad graves, y en el circuito privado, a quienes tienen un poder adquisitivo alto o al menos seguridad económica y estabilidad suficiente como para poder hacer un esfuerzo y pagar una terapia privada. La reivindicación es perfectamente legítima pero en ocasiones algo naíf. Incluso aumentando fantásticamente el número de profesionales de la salud mental y haciendo verdaderamente accesible el marco psicoterapéutico, lo cierto es que el sufrimiento psíquico derivado de las malas condiciones de vida, eso que el sistema califica de «problema social», no tiene una solución técnica psicoterapéutica.

Es más, ese espacio en manos de profesionales responsables con conocimiento situado y amplitud de miras puede convertirse en un acompañamiento a ese sufrimiento mientras se intenta trabajar algo del plano

relacional, pero también tiene un potencial terrible de iatrogenia. Si el sufrimiento psíquico se entiende como desadaptación y se trabaja para que el sujeto pueda volver a adaptarse al mundo, es fácil incurrir en hacerle adaptarse a una situación inadmisible.

Cuando en consulta surge ese café con lorazepam —y una vez cumplidas las fórmulas de cortesía («Juanita, esto es como lo de fumar, ya sabes lo que te voy a decir, así que pa qué»)—, se puede ver clarísimamente esa tensión existente entre un sistema cada vez más invivible y un planteamiento del sufrimiento (y de la ayuda frente a él) que no es capaz de plantear una enmienda a la totalidad de ese sistema enfermante. Y cada paciente tiene su estrategia para afrontar esa contradicción. Hay quien se toma primero el café para espabilarse y luego el ansiolítico, obviando que, independientemente del orden de la ingesta, la vida media de ambas sustancias en sangre las va a hacer colisionar. En la visión que esa persona tiene de su realidad, el orden de la ingesta da sentido a ese paso en falso. A su vez, respecto a la contradicción real, puede construir un horizonte temporal inmediato que salvar, confiando en que después vendrán tiempos mejores. Si atendemos a los datos, ni la vida media de la cafeína y la benzodiacepina avalan ese relato, ni en el momento actual podemos asegurar que, así porque sí, vayan a venir esos tiempos mejores. No, en tanto que no estamos construyendo de forma colectiva ese mejor, de manera que verdaderamente sea mejor para todos. A día de hoy podemos afirmar estar construyendo un futuro mejor para Amancio Ortega, Juan Roig y Florentino Pérez. Quizá ellos y sus respectivos entornos puedan, si lo necesitan, dedicarse a arreglar sus problemas relacionales. La cuestión es qué hacemos todos los demás.

Esto, el café con lorazepam, es algo que también podemos observar con frecuencia si salimos de lo farmacológico-individual y nos centramos en las cosas más macro. Un ejemplo clarísimo son las ciudades financieras donde entras a trabajar a las ocho de la mañana y sales a las diez de la noche (si todo va bien), y donde han acondicionado una zona de gimnasio, con todo su aparataje, porque la salud que te quita el trabajo te la da el deporte y así hacemos creer que es un juego de suma cero y «las gallinas que entran por las que salen».

Si bien al ampliar la escala y contraponer a las jornadas laborales eternas facilidades para hacer ejercicio nos damos cuenta de que hay que cambiar la estructura para hacer frente a los daños derivados de lo primero, a nivel individual hace falta usar esa misma dinámica para hacer palanca. Frente a la ingesta simultánea de café y lorazepam, cualquier profesional saltará como un resorte para plantear «estrategias alternativas para hacer frente a la ansiedad». Del mismo modo, como personas que formamos parte de una —difusa—

comunidad, lo que pretendemos con este texto es buscar estrategias alternativas para hacer frente al malestar.

[2] Moncrieff, J., «Un enfoque alternativo del tratamiento farmacológico en psiquiatría», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2018, 38 (133), disponible en: https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17040.

[3] Medicamento consistente en cafeína, utilizado de forma relativamente popular entre personas estudiantes para afrontar largas jornadas de estudio.

[4] Múzquiz, Á. e I. de la Mata, «Modelos explicativos de la acción de los psicofármacos y sus implicaciones en la práctica psiquiátrica», en Desviat, M. y A. Moreno Pérez, *Acciones de salud mental en la comunidad*, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012, pp. 255-270, disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenlaComunidad.pdf.

[5] Carmona, M. y J. García-Valdecasas, «La psiquiatría como dispositivo en salud pública: peligros y oportunidades», en V. López Ruiz y J. Padilla Bernáldez (coords.), *Salubrismo o barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales*, Atrapasueños, 2017.

Estamos mal

«La gente estaba hundida en la pobreza, o en el mejor
de los casos en la angustia o la desesperanza».

RICARDO DARÍN
en *La odisea de los giles* (2019)

Me levanto, me doy una ducha, me hago un café y una tostada, me tomo un lorazepam (porque esta mañana habrá que aguantarla de algún modo), me visto de cualquier forma, voy al curro, me siento junto a mi compañera de despacho y empiezo a llorar.

Estoy mal.

Sé que muchos lo estamos, pero en este momento me importa poco lo que les ocurra a los demás, porque el hecho de que haya muchos otros que están mal no me hace más fácil levantarme por las mañanas: que sea algo extendido no significa que sea compartido ni que tiremos unos de otros para levantarnos. Estoy mal.

Ahora bien, ¿qué quiero decir cuando digo a mi compañera, a mis amigas, a mi madre o a mi médica que estoy mal? No me encuentro enferma, aunque podría, pero tampoco me encuentro sana. De hecho, no me encuentro, y tal vez ese sea el problema. Esa sensación de ruptura, de que hay cosas que antes daba por sentadas y ahora no. No sé si mañana tendré fuerzas para hacer lo que tengo que hacer, pero tampoco dispongo de una excusa para cancelar por adelantado lo programado.

¿Qué es estar mal?

El malestar del que hablamos no es una depresión clínica ni un trastorno de ansiedad generalizado, tampoco es una arritmia o una enfermedad neurológica aún en busca de diagnóstico. No, tampoco es estreñimiento. Este malestar es una condición que se diferencia de la enfermedad pero también de la salud, que nos impide afirmar con rotundidad que estamos sanos, pero que no nos coloca dentro de ninguna categoría diagnóstica. Y sin embargo, a pesar de esta aparente indefinición, es algo que podemos contar a cualquiera porque es muy probable que nos vaya a entender, dado que se trata de una indefinición comprendida colectivamente.

Si el malestar no es una enfermedad, pero tampoco es un estado completo de salud y bienestar, ¿entonces dónde lo colocamos? Afirma el filósofo Marco Sanz[6] que «la enfermedad es el signo de nuestra época», y apoya esta afirmación en lo sucedido con la pandemia de COVID-19. Sin embargo, en la frontera de lo que puede considerarse enfermedad (o no) y de lo que puede considerarse salud (o no) se encuentra otro fenómeno, el malestar, que tal vez tenga una capacidad aglutinadora del signo de los tiempos mayor aún que la que pueda tener la enfermedad como un todo. Si bien en ocasiones ha sido entendido como un estado premórbido (o paramórbido), parece claro que el malestar es una expresión del impacto sobre los cuerpos y las vidas de dinámicas colectivas de organización social y económica. El malestar es, por lo tanto, un estado fronterizo situado en el umbral de diferentes dimensiones, pero sin las características para ser incluido dentro de ellas.

Avanzando con esta caracterización de lo que estamos diciendo cuando decimos que estamos mal, podríamos afirmar que el malestar forma parte de un proceso de desemancipación de los excedentes[7] de nuestras sociedades. Es la generación de una desesperanza sin horizonte, paralizante, que muestra que la única alternativa disponible es la globalización capitalista, pues esta ha eliminado la posibilidad de una propuesta política transformadora. El malestar, al situarnos ante el marco de lo que Mark Fisher denomina «cancelación del futuro», nos llena de una falta de esperanzas verosímiles de transformación, las cuales no pueden ser proyectadas hacia delante porque tenemos la certeza de que el futuro no existirá más que como una reedición devaluada y repetitiva del presente que estamos viviendo. El malestar, pues, hundiría sus raíces en la imposibilidad de adoptar la postura defendida por Terry Eagleton en *Esperanza sin optimismo*,[8] pero no por un exceso de pensamiento positivo *misterwonderfuliano*, sino por la incapacidad de dotar de contenido sustantivo a esa esperanza desde el punto de vista colectivo.

Aunque excesivamente expansivo en su producción literaria, poco amante de

citar fuentes y algunas otras cosas que le han granjeado ciertas enemistades en el ámbito de la filosofía, parece difícil eludir a Byung-Chul Han y su *sociedad del cansancio*[9] cuando hablamos de estos temas. Han afirma: «La sociedad disciplinaria de Foucault, que consta de hospitales, psiquiátricos, cárceles, cuarteles y fábricas, ya no se corresponde con la sociedad de hoy en día. En su lugar se ha establecido desde hace tiempo otra completamente diferente, a saber: una sociedad de gimnasios, torres de oficinas, bancos, aviones, cadenas de moda instantánea que ocupan cualquier edificio emblemático, grandes centros comerciales y laboratorios genéticos. La sociedad del siglo XXI ya no es disciplinaria, sino una sociedad de rendimiento. Tampoco sus habitantes se llaman ya "sujetos de obediencia", sino "sujetos de rendimiento"». Ese mandato de la productividad estaría vinculado con el poder, con la capacidad de dar respuesta a todo lo exigido y colmar las expectativas generadas; lo inherente a estas sociedades del rendimiento sería la depresión y el fracaso, dos elementos vinculados, pero no suficientemente definitorios, de lo que venimos llamando *malestar*. Han construye su discurso de la sociedad del cansancio sobre el cuerpo teórico desarrollado por autores como Alain Ehrenberg, quien representa esta problemática con las siguientes palabras: «La depresión inicia su éxito desde el momento en que el modelo disciplinario de gestión de las conductas, las reglas de autoridad y de conformidad respecto de las prohibiciones que asignan a las clases sociales, como a los dos sexos, un destino, ha cedido ante las normas que incitan a cada uno a la iniciativa individual, impulsándolo a convertirse en uno mismo».[10]

Casi cualquier profesional de la salud mental se revolverá ante este uso de la palabra *depresión*. En la medida en que, además de profesional de la salud mental, es probable que sea una persona y esté inscrito en el mundo, entenderá a qué se refieren Han y Ehrenberg, pero todo su saber profesional le obligará a recalcar que es importante diferenciar esa tristeza, esa vivencia de fracaso, de lo que entendemos como depresión clínica. Porque, por definición, la patología mental, para ser considerada como tal, debe desviarse de la norma de su época. Si el fenómeno afecta a toda la población, ya no estamos hablando de una patología, sino de otra cosa. En función de la escuela de cada cual, los profesionales hablarán (e incluso se enfrentarán entre ellos al hacerlo) de inmadurez de la sociedad, de escasos recursos internos, de patologización de la vida cotidiana, de necesidad de educar para una mayor resiliencia, de poner el foco en las condiciones de vida, etc. En cualquier caso, muchos de estos profesionales recalcarán que su trabajo no es hacerse cargo de ese malestar social, sino de aquel que se sitúe en cada nuevo extremo de la norma. Si la campana bajo la cual

comprendemos los diversos sufrimientos se ha desplazado hacia un polo más invivible, la intervención técnica profesional seguirá procediendo en el extremo más dañado de la campana. El resto de las consultas individuales habrán de ser recogidas por otros organismos. En paralelo, muchos profesionales sostendrán que se puede atender a más parte de la campana, que para ello solo hace falta más músculo, más cantidad de profesionales. En realidad, aunque estas dos visiones parezcan opuestas, comparten cosmovisión: todo se juega en la intervención (o ausencia de ella) individual. Pero dar una atención técnica individual a toda la campana implica ignorar muchas cosas. Probablemente todos quienes a lo largo de la historia han sido esclavos han cumplido los criterios de la depresión, si los diagnosticamos siguiendo el *DSM*[11] con la amplitud de miras de un Rompetechos. Pero la solución a ese malestar en ningún caso es una psicoterapia individual para esclavos, o cursos para aumentar la resiliencia para todo niño que vaya a ser esclavo, o antidepresivos para todos los esclavos. La única solución aceptable y válida para ese malestar es abolir la esclavitud. En todas sus formas. Y mientras la esclavitud no sea abolida va a producir un malestar que va a tener forma de tristeza, de rabia, de inhibición, de disregulación emocional.

Frente a esto, los profesionales de la salud mental pueden situarse en múltiples posiciones que tienden a organizarse en dos polos y parten de sendas verdades: la primera es que los servicios de salud mental recogen sufrimientos que tienen que ver con muchas causas diversas, casi siempre sociales, y la segunda, que los servicios de salud mental están tremendamente infradotados, siendo especialmente sangrante la falta de psicólogas, enfermeras especialistas en salud mental y trabajadoras sociales, aunque para alcanzar el nivel de los países de nuestro entorno se necesiten también más psiquiatras. Uno de estos polos es aferrarse al marco individual —que al fin y al cabo es el campo en el que los profesionales de la salud mental pueden desempeñar su función—, ya sea para decir que «esto no me compete, que lo atiendan en servicios sociales/beneficencia/los colegios, etc.», o para afirmar que «si contratarais a muchos más como nosotros podríamos atender individualmente mucho más sufrimiento». El otro polo implica entender que en las consultas de salud mental (tanto en el sistema público como en las consultas privadas) encontramos una mezcla formada de un lado por lo individual que le acontece al sujeto y de otro por una válvula que es por donde sale a presión todo lo insoportable de vivir en sociedad. Y aunque resolver el malestar social excede la labor de lo profesional, sí hay una obligación deontológica de ejercer de canario en la mina, advirtiendo de que huele a grisú y de que corremos todos el riesgo de saltar por los aires. Que ante el

grisú decir «esto que lo atienda otro» o «si fuéramos más conseguiríamos que casi no oliera» es igual de peligroso; y que a lo mejor el problema tiene la dimensión de la esclavitud y no se puede resolver esclavo a esclavo, aunque eso implique salirse momentáneamente de las narrativas del «esto no me compete» o «deberíamos ser más», que si bien inciden de manera acertada sobre cómo es la corteza del árbol, ignoran la existencia del bosque.

Saliendo del marco profesional *psi*, y volviendo a Han y a Ehrenberg y su sociedad del cansancio, podemos entender que una consecuencia de esta nueva normatividad es que la responsabilidad entera de nuestras vidas se aloja no solamente en cada uno de nosotros, sino también, en la misma medida, en el nosotros colectivo.[12] Si bien parece que el concepto de *sociedad del cansancio* describía con bastante exactitud el frenesí incesante y autoexigente de las sociedades prepandémicas, la pandemia añadió un complemento en forma de vigilancia. La respuesta a la pandemia suponía elegir entre la conservación de la vida y la de la privacidad o, mejor dicho, elegir de qué manera conservábamos la vida mientras sacrificábamos la privacidad.[13] La vigilancia en un sustrato de cansancio es una descripción del *malestar* que resulta más acertada que la simple descripción de Han que hemos señalado. No solo es que seamos personas cansadas, agotadas, que no pueden más, es que además nos sentimos mal por estar cansadas, agotadas y por no poder más, y hemos de justificarlo hacia fuera, no solo por el engranaje de producción que nos exprime, sino también por la maquinaria de generación de datos, informaciones e interacciones que conforman esa otra forma de capitalismo basada en la explotación de todo aquello que hacemos y a lo que nunca habríamos mirado con ojos de plusvalía.

El malestar, en la forma en la que lo abordamos en este texto, es la huella que deja sobre los sujetos individuales y colectivos la forma de interacción social, económica y política. El malestar no sería, por lo tanto, una disfunción del capitalismo tardío, sino una consecuencia lógica de su normal —y socialmente disfuncional— desempeño. Se trata de un sentimiento de época, con diferentes manifestaciones y formulaciones en función del género, la clase social, la edad o el origen étnico, pero con capacidad para vertebrar manifestaciones culturales, sociales y políticas.

El malestar como no enfermedad. El malestar sin diana de intervención individual. El malestar como no salud. El malestar como no esperanza. El malestar como (¿auto?)explotación. El malestar como proceso social.

La politización del malestar

> Creo que el rechazo social a las prótesis es simplemente otra forma de mantener a las mujeres con cáncer de mama en silencio y separadas unas de otras. Por ejemplo, ¿qué pasaría si un ejército de mujeres con un solo pecho descendiera sobre el Congreso y exigiera que se prohibiera el uso de hormonas cancerígenas almacenadas en grasa comestible de la carne de vacuno?
>
> AUDRE LORDE[14]

Colectivizar la identidad de la enfermedad es algo sobre lo que se ha escrito ampliamente, sin embargo, ¿qué ocurre cuando no hay una etiqueta bajo la cual agruparse? ¿Es realmente cierto que no hay una etiqueta adecuada para este caso? ¿Se puede colectivizar algo que difícilmente se puede definir? ¿Quién va a crear la asociación de personas que no pueden más?

Abordar el malestar desde una perspectiva extradiagnóstica, como lo hacemos en este libro, tiene sus pros y sus contras, de modo que lo que ganamos en flexibilidad del concepto para albergar múltiples realidades, lo perdemos al adentrarnos en un terreno de nadie en el cual es más difícil rendir cuentas o tener claro desde dónde han de venir las soluciones. Los diagnósticos utilizados para delimitar el concepto de *enfermedad* no tienen sensibilidad para aprehender la totalidad del padecimiento humano, especialmente en lo relacionado con aquellos procesos colectivos de sufrimiento íntimamente vinculados con la incapacidad para desarrollarse plenamente dentro del modelo de organización social hegemónico. Ese sufrimiento vinculado a una vida que no puede colmar las expectativas de producción y reproducción es lo que podríamos denominar malestar.

De entre las muchas voces que se han alzado para hablar en primera persona sobre sufrimiento psíquico en los últimos tiempos, pocas lo han hecho como la de Manuel Romero en este artículo de *CTXT*,[15] que utiliza la primera persona del singular para escalar al plural e ir de lo clínico a lo salubrista, señalando que los asuntos generacionales son imposibles de dirimir en la arena de lo singular:

> […] el mayor reto que la juventud tiene por delante es el de hacer del malestar generalizado en todas sus formas una potencia política transformadora. Es importante, y este es el motivo principal por el que finalmente me decidí a escribir este artículo, que combatamos esa idea tan arraigada en el imaginario social de la enfermedad mental como un problema individual y que lo señalemos como lo que realmente es: un problema de salud pública.

Los intentos de abordar los malestares desde una perspectiva clínica e individual

(mediante la medicalización o la psicologización clínica de estos padecimientos) suponen una tentativa errática de introducir en un marco taxonómico algo que no es sino una condición ajena a ello, y pueden constituir un ejercicio de legitimación del daño y de cronificación de este, desarrollando estrategias de indefensión en el individuo. Este potencial iatrógeno,[16] de daño por parte de la estructura que enmarca el problema, no es exclusivo de los abordajes clínicos, y puede estar muy presente en ciertas formas de politización, aunque sea muy característico de la medicina a lo largo de la historia. Dice el filósofo Marco Sanz que una condición esencial de la existencia humana es su condición de enfermabilidad. Es decir, podemos no estar enfermos, pero no podemos no poder enfermar. Ahora bien, ¿es el malestar que atraviesa nuestra vida en muchas ocasiones una condición patológica o una alteración no mórbida de la normalidad? ¿O simplemente este etiquetado es algo superfluo? ¿Cómo pasamos de decir que yo estoy mal a decir que el malestar es un padecimiento colectivo, un problema de salud pública, sin ponerle una etiqueta diagnóstica? ¿Esto que me pasa solo a mí, cuyo origen bebe de aspectos biográficos muy ligados a mi persona, puede ser algo que le pase a todo el mundo? ¿Puede haber algo que le pase *solamente* a todo el mundo?

Mientras que el diagnóstico normaliza nuestro padecimiento dentro del mundo de los diagnosticados, la enfermedad singulariza nuestra existencia en el mundo de la población general. El malestar, en esa condición de lugar intermedio, podríamos afirmar que realiza una función multinivel de afirmación de la singularidad y generalización de una vivencia sincronizada. Estoy mal, pero estamos mal. Y a la hora de señalar las causas, mi dedo apuntará a la última forma de pobreza con nombre anglosajón (*job hopping*, por ejemplo), al patriarcado, al proceso de deslocalización de la empresa en la que trabajo, a la crisis ecológica y al neoliberalismo. Desde mi propia cara hasta Margaret Thatcher, todo pasará por delante de mis narices en la búsqueda de una etiología plausible.

Esta transformación colectiva del padecimiento la describe muy bien Anne Boyer en su libro *Desmorir*.[17] En él alude a una suerte de comunidad de personas no especificadas que comparten un malestar. Esa comunidad de personas no especificadas, que no es una sino múltiple, desempeña muchas de las funciones de las etiquetas diagnósticas, pero con matices. No trata de eliminar la incertidumbre, sino de favorecer que esta sea asumida mediante la triangulación entre pares, entre personas con algo común; no supone una entrada al mundo de lo homologado médicamente, pero sí ejerce una función de mantenimiento del relato biográfico y de vinculación entre el individuo y la sociedad. En ese marco

de la gestión de la incertidumbre y el enganche con la colectividad es donde puede surgir la politización del malestar, entendiendo *politización* como la acción colectiva que trata de transformar o afirmar los condicionantes estructurales que generan unas consecuencias determinadas por medio de la participación de las personas afectadas.

«La pregunta es por qué no consideramos quebradizo un sistema que se alimenta a base de malestar», escribía Ignacio Pato en un artículo[18] en el que reclamaba la necesidad de politizar una existencia que, ahora más que nunca, parece convertir en común el no poder más, a la vez que se popularizan salidas individuales a ese sentir generalizado. Relacionar ese malestar (vivido como individual, pero representado en términos sociales como un elemento vertebrador de la colectividad) con el modelo de organización social, política y económica imperante se plantea como un elemento fundamental para su comprensión y su paliación (u, obviamente, su eliminación). En un meme publicado en Instagram por Neuraceleradisima,[19] se puede leer: «Lista de cosas cuya privatización es necesario revertir», y bajo este título aparece primero el logo de Telefónica, luego el de Seat, en tercer lugar el de Endesa y, por último, una frase que afirma: «La ansiedad crónica por la ausencia de perspectiva de futuro».

Ese vínculo entre la necesidad de desprivatizar los problemas de salud mental y la falta de un horizonte vital vivible o pensable es una de las características a partir de la cual el malestar puede dibujarse como padecimiento aglutinador. Habitar el *mundo de las muchas crisis*, usando el término de Jorge Riechmann, ha podido servir para que las generaciones que recientemente se han ido (no) incorporando a la actividad económica en el seno del capitalismo tardío hayan sabido ver que, por mucho que intentaran girar en la rueda del sistema económico, el hámster no avanzaba en absoluto. Esto ha servido para poder expresar públicamente, con mayor facilidad, ciertos padecimientos en el ámbito de la salud mental, vinculándolos no con incapacidades individuales para la gestión emocional o de las expectativas, sino con un sistema que utiliza a las personas y sus anhelos como la materia prima con la que transformar el capital. Para quienes siempre han vivido en una crisis creciente, es sencillo ver que lo que otros señalaban como un fracaso individual no es más que un fracaso del sistema.

Lo cuenta muy bien Mark Fisher en *Realismo capitalista*:[20]

> Ya no debemos tratar la cuestión de la enfermedad psicológica como un asunto de dominio individual cuya resolución es de competencia privada; justamente, frente a la enorme *privatización de la enfermedad* en los últimos treinta años, debemos preguntarnos: ¿cómo se ha vuelto aceptable que tanta gente, y en

> especial tanta gente joven, esté enferma? La «plaga de la enfermedad mental» en las sociedades capitalistas sugiere que, más que ser el único sistema social que funciona, el capitalismo es inherentemente disfuncional, y que el costo que pagamos para que *parezca* funcional es en efecto alto.

Más allá de los matices que podríamos poner al uso del término *enfermedad*, Fisher señala de forma clara lo inadmisible socialmente de una dinámica de funcionamiento social y económico que tritura a una parte de su población no como efecto de su mal funcionamiento, sino como señal de que funciona como pretende.

Estamos mal. Pero estamos

Si el malestar que atraviesa la sociedad es una red que nos conecta, entonces su interpretación no puede quedarse en el ámbito de lo individual («¿Qué habré hecho yo para estar así, y qué no estaré haciendo para dejar de estarlo?»), sus límites no pueden quedar confinados al ámbito de lo doméstico (sonrisa en el trabajo y lágrima en la cocina) y su tratamiento no puede limitarse a un abordaje individual que obvie lo colectivo. Esta extracción del ámbito de lo íntimo, que conjuga visibilización y politización, plantea retos indudables en el marco de una sociedad en la que la despolitización es la tendencia. Santiago López Petit formula muy bien la necesidad de definir aquello que consideramos politización: [21]

> […] ¿cómo convertir el malestar en la nueva cuestión social cuando estamos en una época postpolítica —la multirrealidad y el espacio-tiempo global son esencialmente despolitizadores—, lo que nos obliga a redefinir lo que entendemos por politización? En cualquier caso, es claro que solo la politización efectiva del malestar social podrá constituirlo en la cuestión social propia de la época global.

Abordar los malestares implica radicalizarlos y politizarlos para la búsqueda de una identidad colectiva que halle la comprensión del individuo en sus pares, al tiempo que desarrolle herramientas de lucha que acudan a los determinantes de su desarrollo en todo momento sin que ello suponga cancelar la dimensión individual de los sujetos y las formas en las que el sufrimiento daña de forma singular aun partiendo de causas comunes. Los malestares son el signo de una época ligada a la frustración y la incapacidad, y seguirán unidos a ella hasta que

esta época transforme sus formas de organización. Esta transversalización de los malestares nos exige, por otro lado, ser conscientes de que hay personas y colectivos en los cuales esta es una condición ya cronificada. La pandemia nos ha traído una *clasemedianización* de múltiples situaciones de vulnerabilidad, lo que puede haber apartado el foco de esas situaciones de vulnerabilidad crónica y perpetua para ponerlo en los *nuevos malestares*.

Volvamos nuevamente a Anne Boyer, que afirma que «si el agotamiento es un tema que vuelve a estar de moda es porque una sensación que una vez fue proletaria se ha convertido en la sensación de la totalidad proletarizada». Boyer hace una descripción de ese agotamiento dentro de un contexto de vidas que nos agotan porque hacen que las vendamos para sobrevivir a ellas, pero es una sensación que encuentra un buen acomodo en el marco de los malestares actuales.

De este modo, asumiendo la imposibilidad de abarcar todas las formas de malestar posibles en cada singularidad humana, en este libro nos centramos en una forma que creemos bastante extendida y que podría situarse en el lugar donde confluyen la cancelación del futuro, el agotamiento por el presente y la añoranza de un pasado prometido.

[6] Sanz, M., *La emancipación de los cuerpos. Teoremas críticos sobre la enfermedad*, Akal, 2021.

[7] Tomamos el término *excedente* como lo hacía Baumann al afirmar: «No hay modernización (y, por tanto, tampoco forma de vida moderna) sin una masiva y constante producción de basura, entre ella los individuos basura definidos como excedentes».

[8] Eagleton, T., *Esperanza sin optimismo*, Taurus, 2016. Ahí, Eagleton hace una defensa de la esperanza como forma de evitar el auge de las corrientes de autoayuda, anclándola en el presente y reconociendo las dificultades y los problemas de la sociedad y el modelo económico, pero utilizándola como marco que haga de palanca para la transformación futura.

[9] Han, B.-C., *La sociedad del cansancio*, Herder, 2016.

[10] Ehrenberg, A., *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*, Nueva Visión, 2000.

[11] Siglas en inglés del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, que es el documento en el que se clasifican y describen los trastornos mentales. En la actualidad va por la quinta edición.

[12] Ehrenberg, *op. cit.*, Nueva Visión, 2000.

[13] Pérez Masdeu, R., «El capitalismo de vigilancia conquista el shock», *El Salto*, 20 de abril de 2020, disponible en: https://www.elsaltodiario.com/coronavirus/elcapitalismo-

de-vigilancia-conquista-el-shock.

[14] Lorde, A., *The Cancer Journals*, Penguin Random House, 2020 [trad. cast.: *Los diarios del cáncer*, Ginecosofía, 2020].

[15] Romero, M., «Habitar en un mundo grande y terrible», *CTXT*, 17 de marzo de 2021, disponible en: https://ctxt.es/es/20210301/Firmas/35383/ansiedad-depresion-jovenes-mark-fisher.htm.

[16] La iatrogenia, en sentido estricto, es el daño causado por una intervención médica. En este caso, hacemos referencia al término como el daño que potencialmente puede causar un abordaje del malestar centrado en lo clínico, ya sea médico o psicológico.

[17] Boyer, A., *Desmorir*, Sexto Piso, 2021.

[18] Pato, I., «Hasta que nadie deba decir que no puede más», *La Marea*, 29 de diciembre de 2021, disponible en: https://www.lamarea.com/2021/12/29/hasta-quenadie-deba-decir-que-no-puede-mas.

[19] Neuraceleradisima, Instagram, 13 de abril de 2021, https://www.instagram.com/p/CNm4KvkD6_M/?igshid=7p9qs48zny5x.

[20] Fisher, M., *Realismo capitalista*, Caja Negra, 2018.

[21] López Petit, S., *La movilización global. Breve tratado para atacar la realidad*, Traficantes de Sueños, 2009.

Determinantes sociales de estar mal: no eres tú, somos nosotros

Poca gente cuestiona que existe una línea que va desde el infarto de miocardio hasta la precariedad laboral, la falta de dinero o el bajo nivel educativo. Igualmente, poca gente cuestiona que las enfermedades respiratorias tienen una distribución en la sociedad que hace que no se expliquen solo por las decisiones individuales en torno a fumar o no, sino que se ven influidas por el desempleo, el entorno donde se habita o el nivel educativo.

Parece que vamos dejando atrás las explicaciones basadas en hábitos de vida decididos individualmente, señalando cada vez con más firmeza que las decisiones que uno toma están limitadas por las opciones que uno tiene, y que estas están determinadas por las condiciones de vida y por aspectos estructurales que escapan al control de la persona individual.

Sin embargo, el reconocimiento de estos determinantes sociales de la salud, que vendrían a ser el marco que ponemos a la cadena lógica de enfermedad → condiciones individuales → hábitos de vida → condiciones de vida → sistema social, económico y político, no es tan evidente cuando abordamos los problemas en el ámbito del padecimiento psíquico o, haciendo uso de un término menos delimitado clínicamente, del malestar.

Un primer paso en este trascender el mecanicismo de los modelos clásicos de determinantes sociales de salud podría expresarse, como hace Didier Eribon en *Regreso a Reims*, con una buena descripción de cómo interaccionan los determinantes sociales y biográficos con la agencia individual en la vida de las

personas. En su libro, Eribon narra entre otras cosas cómo sus orígenes en una familia obrera de la Francia rural de los cincuenta y sesenta determinó de forma clara su manera de relacionarse con el mundo e, incluso, delimitó su capacidad para imaginar a qué podía aspirar en la vida. Eribon, en su juventud, se mudó a París para poder disfrutar del estudio de la filosofía así como de una libertad para vivir su homosexualidad de la que no disponía en el contexto de su vida familiar en Reims. Escribe lo siguiente:[22]

> Nuestro pasado sigue siendo nuestro presente. En consecuencia, uno se reformula, se recrea (como una tarea que hay que retomar indefinidamente), pero no se formula ni se crea.
>
> No tiene sentido querer oponer el cambio o la «capacidad de acción» (*agency*) a los determinismos y la fuerza autorreproductiva del orden social y de las normas sexuales, o un pensamiento de la «libertad» a un pensamiento de la «reproducción», ya que estas dimensiones están inextricablemente enlazadas y relacionalmente imbricadas. Tener en cuenta los determinismos no equivale a afirmar que nada puede cambiar, sino que los efectos de la actividad herética que cuestiona la ortodoxia y su repetición solo pueden ser limitados y relativos: la «subversión» absoluta no existe, como así tampoco la «emancipación»; en un momento dado uno subvierte algo, se desplaza un poco, realiza un gesto de distancia, da un paso al costado.

Sin embargo, no basta esta explicación de la influencia biográfica para entender de qué manera el padecimiento psíquico es a su vez singular en su forma de manifestarse, individual en la intersección de los diferentes determinantes, estructural en muchas de las causas que lo determinan y común en muchas de las formas de interpretarlas.

La costumbre de tirar del hilo. Las causas de las causas

Los caminos que llevan a un estado de enfermedad suelen estar más o menos estudiados, desde lo molecular hasta, en menos ocasiones, lo social. Sin embargo, cuando el trayecto acaba en un padecimiento inespecífico que nos cuesta definir y delimitar, trazar las rutas parece más complicado.

La mayoría de los autores y autoras que han intentado elaborar modelos que explicaran dónde hunden sus raíces los problemas de salud mental[23] han acudido a modelos que pecan de un excesivo mecanicismo y un total paralelismo con las enfermedades somáticas clásicas. De este modo, muchos de los modelos

de los denominados «determinantes sociales de la salud mental» parecen sustituir la palabra «diabetes» o «infarto agudo de miocardio» por «problemas de salud mental», pero conservando las características clásicas de esos modelos. En cierto modo ese sería el ejemplo de la propuesta de Michael T. Compton y Ruth S. Shim,[24] que describen un modelo que puede recogerse gráficamente como un flujo unidireccional que parte desde las políticas públicas y las normas sociales para desembocar en factores como la discriminación, la inseguridad a la hora de tener una vivienda, la falta de facilidades para tener una alimentación suficientemente buena, la pobreza en el entorno, la probabilidad de experimentar situaciones adversas en la infancia, la inestabilidad laboral, etc. El flujo continúa, haciendo que las posibilidades de elección se reduzcan, que se favorezcan comportamientos de alto riesgo, que se tomen peores decisiones y que se viva en un estrés permanente; esto implica (sea directamente, sea activando factores genéticos predisponentes, empujando al consumo de tóxicos o por experiencias traumáticas directas) un riesgo conductual, ambiental y social que lleva a una peor salud mental. En paralelo, esas políticas públicas y esas normas sociales que desencadenaron el flujo han provocado también, de manera explícita en los sistemas y las políticas sanitarias, un peor acceso al cuidado de la salud.

Frente a este tipo de modelos, parece necesario potenciar otros que atenúen la diferenciación entre lo estructural y la agencia individual, que permitan concebir el padecimiento psíquico como una respuesta no siempre constante desencadenada por múltiples estímulos y que se produce en un contexto donde el ejercicio del poder y su reparto desempeñan un papel clave. Para ello, Lucy Johnstone y Mary Boyle[25] proponen otro tipo de modelo que responde de forma más clara a esas expectativas. Ellas no tratan de buscar un modelo en el que el problema de salud mental sea el desenlace y el contexto sea el lugar donde investigar las causas concretas, sino que el contexto forma parte indisoluble del problema analizado. Como afirman en «The Power Threat Meaning Framework», no existe un trastorno aislado que haya que explicar y donde el contexto sea una influencia adicional. Este abordaje creemos que es mucho más útil para entender no ya los problemas de salud mental (quiera decir eso lo que quiera decir), sino muy concretamente lo que abordamos en este libro: el malestar como problema común, colectivo, compartido.

Aunque los mensajes que quieren lanzar Johnstone y Compton tienen intenciones parecidas, hay un mundo entre sus planteamientos. Frente a la riqueza epistémica que permite Johnstone, cuyas únicas certezas son la inmensa variabilidad de la experiencia humana y la posibilidad de un encuentro de vocación reparadora, Compton pretende captar la determinación social de la

salud mental trazando un devenir de una sola dirección, donde existe una manera correcta de vivir, una forma adecuada de pasarse el juego; donde cada jugador viene ya con unas cartas (genéticas, ambientales, etc.) en virtud de las cuales las pruebas que se desplieguen ante él le resultarán más o menos arduas. Compton, con su mejor intención, identifica el peso político del reparto de cartas y la distribución política de la dureza de la partida, pero no cuestiona la esencia del videojuego. Unas políticas públicas comprometidas con la salud mental de la población podrían tomarse al pie de la letra ese gráfico y hacer una descomunal inversión para redistribuir las oportunidades. Así, conseguiríamos una sociedad donde cualquier persona podría (o tendría mucho más fácil) tomar las decisiones correctas y tener la vida adecuada, es decir, la de una persona que produce dinero para otros pero obtiene suficiente como para externalizar cuidados; con un cuerpo que no duele y sin excesiva limitación de movimiento; poco expuesto a violencia sexual y simbólica; probablemente varón —aunque también podría valer una mujer con dinero—; evidentemente blanco; de una sexualidad no estridente; con un desempeño social ágil que le permita acceder fácilmente a un ocio socialmente avalado, y cuyo acervo cultural le haya provisto de referentes para todos y cada uno de los embates que se le pongan por delante. Compton politiza el reparto inicial y la distribución de la adversidad, pero no politiza ni su mirada ni la existencia del juego en sí. De este modo, se hace imposible entender el alcance de la determinación social de la salud mental. Cómo la pobreza enloquece a unos y mantiene cuerdos a otros. Cómo hechos aparentemente banales pueden suponer un trauma aniquilante para unos individuos mientras otros sobreviven a circunstancias que analizadas en frío deberían ser imposibles de sobrevivir. Cómo a su vez poner el foco en esta diversidad de posibles respuestas ignora la tremenda cantidad de violencia (muy desigualmente distribuida) a la que están expuestas una cantidad ingente de personas cuyas biografías debieran ser tan importantes como las de aquellos que nacen en buenas condiciones pero no lo son (cómo analizar las respuestas ante un mismo estímulo cuando, en el bagaje personal de un niño marroquí no acompañado, está el ser devuelto a Marruecos sin avisar a su familia, mientras que sería impensable que un niño belga no acompañado encontrado en Oropesa fuese devuelto a Bruselas sin avisar a sus progenitores, y no por normas derivadas del espacio Schengen o por otros europeísmos).

He aquí una de las grandes trampas a la hora de hablar de determinantes sociales en salud mental. Si se pone el foco en las condiciones de vida se simplifica la variabilidad de respuestas y la dimensión subjetiva del más subjetivo de los fenómenos: el sufrimiento psíquico. Si se pone el foco en la variabilidad

entre individuos, que genera una miríada infinita de subjetividades —en un contexto cuyo orden social se basa fundamentalmente en ignorar-naturalizar la desigualdad—, se ignora la violencia estructural y la propia base desigual del sistema (y de todos los sistemas planteados hasta la fecha). Si, como hace Compton, se intentan conjugar ambos ejes en un modelo donde existe un sistema profundamente desigual y violento y en el que los sujetos se enfrentan a realidades muy distintas pero tienen la opción de tomar las decisiones adecuadas y así *acertar*, se da una imagen menos simplista, pero que continúa sobredimensionando la capacidad individual de transformar los contextos y que, sobre todo, asume parte de las premisas violentas del contexto como naturales, intrínsecas y, en la medida en que no son enunciadas, inexistentes.

Frente a los modelos empeñados en buscar una gran validez interna, necesitamos otros que amplíen el campo de juego y aspiren no solo al rigor técnico en su definición, sino también a ser el terreno donde se pueda desenvolver una politización de la manera en la que relacionamos aspectos tan estructuralmente difusos como la distribución del poder con otros tan singularmente indefinidos como que «tengo un nudo en el pecho cada vez que pienso qué estaré haciendo con mi vida el año que viene».

Frente a esto, en vez de proponer un modelo completo, apostamos, más humildemente, por encontrar términos para un relato menos cercenado que no ignore las muchas violencias estructurales pero tampoco las muchas subjetividades. Una idea de malestar donde quepamos todas y también quepa lo que nos diferencia y violenta entre nosotras. Que permita y legitime el sufrimiento sin por ello legitimar las violencias. Que albergue el sufrimiento ante el machismo de la mujer blanca y rica sin por ello legitimar su papel en el sufrimiento de clase o colonial. Una definición de malestar suficientemente abierta como para no cancelar realidades, pero también suficientemente explícita para no banalizar lo estructural. El sufrimiento de Christina Onassis es tan sagrado como el de cualquier otro suicida pero las soluciones colectivas de su sufrimiento no pasan por los mismos hitos que si queremos resolver el sufrimiento de quien se suicida minutos antes de su desahucio. Necesitamos una definición de malestar respetuosa pero consciente de la realidad y fundamentalmente una definición de malestar que resulte fértil y dé lugar a un movimiento hacia su resolución.

Desde modelos psicoanalíticos —y en distintos modelos psicopatológicos encontraremos conceptos análogos, incluso en aquellos que se conciben como enemigos acérrimos del psicoanálisis— se habla del paso de la posición esquizoparanoide (donde la única forma de procesar al Otro es como alguien

amenazante del que huir o del que defenderse, entendiendo así la totalidad de las interacciones) a la posición depresiva, en la que uno asume la angustia como propia y puede colocarse en un lugar de responsabilidad. Frente a esta idea, planteamos que es necesario un último cambio de posición: de la posición depresiva (o, en términos más actuales, la capacidad individual de asumir responsabilidad) a la posición colectiva, donde el nosotros no es un nosotros-contra, sino un nosotros abierto que no se construye frente a enemigos sino cuidando a todos, del primero al último. Un nosotros que, frente a la adversidad, no busca la beligerancia ni el sálvese quien pueda (pensemos en los comentarios que reciben los usuarios de servicios sociales desde hace décadas, del tipo «todas las ayudas se las llevan los extranjeros»), sino la generosidad y la solidaridad.

Apostamos por una idea del malestar suficientemente rica y profunda como para que quepan todos los sufrimientos sin atacarse entre ellos; que arroje, de manera especular, un bienestar en el que creer, que no sea la pesadilla de nadie. Un relato del malestar que permita, por oposición, trazar un escenario utópico al que dirigirse. Estamos mal porque sufrimos, pero fundamentalmente porque queremos estar mejor. Y no lo estaremos hasta que el último no esté mejor y haya dejado de haber primeros y últimos. Hablar de determinantes sociales del malestar incluye, también, hablar de un modelo que sea verdaderamente radical en el sentido en el que Raymond Williams enuncia ese término: que haga posible la esperanza, en vez de hacer convincente la desesperación.

Del modelo a la cotidianidad

Inscribo a mi hija en una escuela infantil pública, modelo en el que creo y que defiendo. Quedo la 166 en la lista de espera; solo tenemos 3 puntos, por proximidad. Miro en el listado a los 10 niños que han entrado, algunos tienen 28 puntos. Miro los baremos. Solo hay una forma de llegar a 28 puntos: acumular problemas de salud graves en el embarazo y parto, violencia de género, discapacidad física o intelectual… Comento esta situación varias veces en mi entorno y encuentro, con relativa consistencia, tres tipos de lectura:

- Claro, no tenéis plaza porque solo se las dan a extranjeros (falso, y el otro como enemigo)
- Mira, si hace falta todo eso, mejor que no te la den (existe un otro complejo y que sufre al que no quiero pertenecer)

→ Desde luego se las han dado a quien las necesitaba más (existe un nosotros del que formo parte, ante el cual reconozco la mayor necesidad de otros)

Desde todos esos discursos es posible saltar al problema real, la flagrante falta de plazas públicas, pero desde unos es más fácil que desde otros, y las soluciones de cada uno generarán nuevos escenarios, unos más fiables que otros (poco sirve un mundo con muchas plazas públicas de educación infantil que sean solo para gente con ocho apellidos de Castilla la Vieja).

Lo mismo sucede con el malestar o con las formas de entender el malestar.

Sufro porque ya no puedo aspirar a los ideales de un tiempo mítico que nunca existió. Sufro porque alguien tomó malas decisiones y rompió los sueños que heredé y en torno a los cuales organicé las decisiones de mis primeras décadas (estudiar o no, un bachillerato u otro, una carrera u otra, apostar por un trabajo físico sin saber si mis tendones lo tolerarían). Sufro porque alguien rompió las hipotecas, la promesa de casa y coche. Sufro porque alguien me prometió una vida distinta a la que tengo. Sufro porque si cuando era pequeña entendí que había algo para mí y ahora que soy adulta descubro que no lo hay, la única explicación es que lo había y me lo han quitado.

Ese discurso, fácil de abrazar y que conmueve masas, que apela a la sensación de nostalgia que inexorablemente aparece con la edad, se desmorona rápidamente cuando uno coteja la realidad histórica de esos sueños, de esas promesas infantiles que uno se hizo. Eso no quita que esas promesas existieran y que uno organizara sus decisiones biográficas (quien se las pudo permitir) en torno a ello.

Los sueños existen. La nostalgia de un tiempo no vivido y de las realidades que habríamos vivido tomando otras decisiones existe. La película *Deseando amar* es un ejemplo extraordinario de cómo opera esta nostalgia, de cómo ese dolor por lo que fue o pudo ser y no es, es universal. El sufrimiento que genera la incongruencia entre lo que uno creía que viviría y lo que uno se encuentra existe. La realidad material sobre la que sucede todo esto también existe.

El relato que engrana esas vivencias subjetivas con esa realidad material depende en gran parte del momento histórico-cultural que atravesamos, de que tengamos ejemplos narrativos que nos permitan dar coherencia a la vivencia subjetiva de nuestra biografía, a los hitos que atravesamos. Los nacidos en los noventa, llamados burlonamente «generación de cristal», han aterrizado sus vidas adultas en dos crisis mundiales graves (la de 2008 y la de la COVID-19) y son la generación más concienciada ante la crisis climática, que, eternamente relegada

al «ahora no toca», se avecina a su punto de no retorno. ¿De qué términos dispone esta generación para explicarse a sí misma, para darse coherencia, para poner soluciones? ¿Y las demás?

Como en el caso de las plazas de la escuela infantil, podemos pensar que la insatisfacción actual obedece a que algo —que en justicia era mío— se lo está llevando otro (más oscuro, más estridente, más deforme, más *otro*); y siempre tengo a mi alcance adscribirme a una reivindicación identitaria de cumplimiento inmediato, como ponerme una bandera española en la muñeca, sentir que en mi día a día le meto goles a otro, abrazar las pequeñas victorias diarias que proporciona vivir en la beligerancia.

Puedo pensar que no estoy bien pero que hay otros que están peor y que al menos yo tengo margen de maniobra. Puedo confiarlo todo a la responsabilidad individual. Puedo meditar, cuidarme, manejar mis circunstancias del modo menos dañino posible para mí, sostener una serie de vínculos no excesivamente complejos y suficientemente elásticos como para poder desaparecer temporalmente o descansar sobre ellos una temporada breve.

Pero también puedo pensar que no estoy bien como parte de un todo inadmisible, donde mi malestar, aunque para mí sea el más insoportable, no es el más grave, sino un ladrillo más en una construcción que nos encierra. Frente al concepto [insertar meme fascista de «*Hard times make good men*…»][26] de una civilización ideal que colapsa, la idea de que nuestra vivencia emocional forma parte del momento histórico que atravesamos y, sobre todo, que construimos. Un malestar donde quepa la solidaridad, la primera persona del plural, un plural más allá de la red inmediata.

La falta de responsabilidad individual es deletérea. No en vano suele ser el corazón del mensaje transgeneracional de padres a hijos, de abuelos a nietos. Hazte cargo, hazte cargo, hazte cargo. En las consultas de psicología o psiquiatría es siempre uno de los grandes frentes que cubrir: explorar si el sujeto afronta esas responsabilidades, si quiere pero no puede, si puede pero no quiere. Nada más lejos de la intención de quienes escribimos este texto que banalizar esa responsabilidad individual. Nos hacemos cargo, claro que nos hacemos cargo. Ahora bien, frente a esta idea de la responsabilidad individual, echamos en falta una responsabilidad generacional (fácilmente identificable en la siguiente cuestión: ¿cuántas familias dijeron a sus hijas e hijos durante la década de los 2000 que era importante comprar una vivienda, que era importante hipotecarse, que se *hicieran cargo* de su futuro? ¿Cuántas de esas familias reconocieron abiertamente después haber alimentado la narrativa de la burbuja, haberse equivocado en el análisis de lo que vendría?), y sobre todo echamos de menos

una idea extendida, accesible, cotidiana, de la responsabilidad colectiva.

No hacerse cargo de las propias decisiones y la propia responsabilidad es garantía de desastre. Cualquier ludópata rehabilitado estará de acuerdo con esto. Sin embargo, sobredimensionar la importancia de la responsabilidad individual nos llevará a barrios llenos de casas de apuestas. No poder concebir el malestar como algo común está más cerca de lo segundo que de lo primero. Y vivimos en un contexto en el que imperan décadas y décadas de narrativas que lo juegan todo a la responsabilidad individual. *¿Quién se ha llevado mi queso?* fue un *best seller* de 1999 que se vendió como la gran clave para triunfar en los negocios y ser un individuo exitoso. *Padre rico, padre pobre* hace lo mismo treinta años después con un esmalte diferente (ahora no hay que ser un tiburón de los negocios, sino invertir y que tus pasivos superen tus activos). Y el niñato de TikTok que dice que el secreto para ser una persona de éxito es tener una empresa que busque todos los trucos empresariales para no pagar cotizaciones sociales o indemnizaciones por despido reproduce el mismo modelo pero con formato diferente. Todos comparten el mismo principio: búscate la vida y pisa a todo el que puedas por el camino. Si uno entra en cualquier librería y se acerca a la sección de «psicología» o incluso «salud» se topará con una miríada de soluciones individuales y de exaltación del autocuidado frente a cualquier problemática.

Insistimos, líbrenos Virchow de denostar la responsabilidad individual. Es más, somos conscientes de que fiarlo todo a lo colectivo puede generar en el mejor de los casos disparates (valga de ejemplo la desconcertante pero innegablemente simpática entrevista para un telediario a un joven que festejaba en la calle el fin del estado de alarma, quien, con cierto grado de embriaguez, al ser preguntado por el riesgo de nuevos contagios, profirió: «Es una vergüenza que yo esté aquí, pero estoy aquí porque se me permite») y en el peor de los casos monstruos. Pero lo cierto es que atravesamos un momento en el que hay un ejercicio activo para diluir lo colectivo y exaltar lo individual.

Incluso quien puede compartir esta visión tiende a establecer una diferencia usando como límite el cráneo. Lo que pasa fuera *nos* pasa y debemos solucionarlo; lo que pasa dentro *me* pasa y tengo que ponerle solución. Si bien hay pocas fronteras más precisas y palpables que los cráneos, lo cierto es que el cuerpo y sus vivencias están atravesados continuamente por lo colectivo. La diferencia abismal que existe entre un dolor sin nombre y un dolor bien filiado, entre una patología noble y una que escapa a las categorías diagnósticas de cada momento, ha sido un tema largamente tratado y debatido, y, si bien distan de estar solucionados, al menos tenemos palabras para aprehenderlo y colectivos

reivindicando políticas materiales a ese respecto.

Sin embargo las tristezas, tan o más atravesadas por lo colectivo, se resisten a quedar destripadas. Existe —y no es pequeño su papel— la diferencia entre la tristeza sancionada por un clínico y la que no; la tristeza en terapia frente a la tristeza bastarda. Aun así, como la tristeza no es un fenómeno tan atrapable en lo clínico[27] como es la enfermedad en lo médico, esas diferencias operan pero no abarcan la totalidad del fenómeno.

Lejos de plantear una solución contra todas las tristezas, un bienestar frente a todos los malestares, proponemos una idea de malestar capaz de atravesar el cráneo. Que entienda ese cráneo como un falso dilema. No existe (o no solo existe) una diferencia tan clara entre la tristeza de dentro y la tristeza de fuera. Entre el malestar por la falta de acceso a la vivienda y el malestar por el desencuentro intergeneracional dentro de una familia. Forman parte de un mismo fenómeno, que responde desde ambos lados del cráneo, velando por lo colectivo mientras se vela por lo individual. Llevamos décadas escuchando en cada tertulia televisiva, leyendo en cada periódico, oyendo en cada cafetería mensajes que funcionan como placas de chapa sobre nuestros cráneos, apuntalando la diferencia entre el dentro y el fuera, entre el yo y lo demás.

Lo cierto es que el malestar no se ubica exactamente dentro del cráneo, ni en ningún otro sitio concreto. Cuando un estudiante o un residente tratan de defender la visión biologicista-positivista-«solo somos química» que les han metido con cincel en sus formaciones académicas, les pregunto con la mejor de mis paciencias en qué parte de la sinapsis ubican la reacción química que explica la esclavitud.

Pero no basta con *sacar del cráneo* el concepto del *malestar*, sino que también hay que jugar otra partida: la de eludir el riesgo de medicalización y alcanzar el potencial de politización. Cuando pensemos en los determinantes sociales de estar mal, hay que hacerlo teniendo en cuenta que no estamos diseñando una hoja de verificación que nos guiará hacia el ítem final, sino que estamos tirando de diferentes hilos que se juntan para tejer un concepto complejo que sin uno de esos hilos no estará completo.

Los hombres no lloran, pero sí se suicidan

Una cosa es que no vayamos a comprar un modelo de determinantes sociales de la salud mental que sea mecanicista, unidireccional y que parezca una hoja de verificación, y otra que renunciemos a escribir sobre uno de los principales ejes

de desigualdad en cualquier modelo de determinantes sociales en salud (con el apellido que queramos ponerle): el sexo y los roles de género.

Podríamos hablar de clase social, de nivel educativo, de edad…, pero los roles de género tienen algo especialmente relevante para nosotros, y es que al hablar del malestar sirven para hacer saltar por los aires las relaciones causa-efecto unívocas y varios falsos dilemas.

Sabemos que los hombres viven menos años y que las mujeres viven con peor calidad de vida a lo largo de sus vidas, hasta el punto de que su esperanza de vida, una vez ajustada en función de la calidad, es similar a la de los hombres (es decir, los años de más que viven se compensan por la peor calidad de vida a lo largo de los años). Sabemos que los hombres se suicidan más y que las mujeres consumen más psicofármacos. Sabemos que los hombres sufren más agresiones (a manos de hombres), y que también realizan más agresiones. Sabemos que los hombres llevan a cabo conductas más imprudentes y realizan consumos de riesgo de sustancias tóxicas con mayor frecuencia. Sabemos que las mujeres sufren un mayor impacto sobre sus vidas (y su salud) de los trabajos relacionados con los cuidados, tanto formales como informales.[28]

Estas diferencias en las variables de salud se han solido atribuir siempre a factores intrínsecos de la persona (los niveles de estrógenos, la testosterona, la fuerza física…); sin embargo, podemos ver cómo las diferencias entre hombres y mujeres varían entre sociedades y a lo largo de los años, aun cuando esos factores intrínsecos no se modifican. Entonces, ¿qué es lo que hace que las mujeres tengan una peor calidad de vida que los hombres? ¿Por qué los hombres se suicidan con más frecuencia? ¿Qué papel tiene el cuidado de terceros en el freno de la conducta suicida? ¿A qué se debe que las mujeres afirmen tener mala salud en mayor porcentaje que los hombres, a pesar de que, en promedio, vivirán bastantes más años que estos?

Los determinantes de ese *malestar* que hemos tratado de definir en el primer capítulo se articulan de la misma manera que los determinantes de los interrogantes que hemos planteado en el párrafo anterior, señalando a un gran aspecto que vertebra nuestra sociedad: la división sexual del trabajo.

La falta de etiquetas diagnósticas del *malestar* y sus fronteras más tenues hacen que sea más sencillo identificar que sus manifestaciones pueden ser múltiples y pueden responder a los diferentes lugares que ocupan las personas en el funcionamiento de la sociedad. El malestar funciona como subjetivación de la falta de agencia y expectativas, y estas pueden encontrarse de forma muy obvia en las mujeres como resultado de la desigual carga de cuidados, las estructuras generadoras de violencias de género (físicas, psicológicas, sexuales,

económicas…) y la distribución de trabajos formales de menor remuneración y mayor inestabilidad. Además, en los hombres, esta falta de agencia es la cara B de los privilegios obtenidos por el sistema patriarcal. Clara Serra lo enunciaba del siguiente modo: «El sistema patriarcal puede suponerles ciertos privilegios, pero los roles clásicos también les quitan muchas libertades [a los hombres]».[29] Por su parte, Gary Barker, de Promundo, afirma que «sufrir más violencia o más suicidios es el coste que pagamos los hombres por el patriarcado».[30] Lo que ambos vienen a poner sobre la mesa es que el sistema actual, en concreto su dimensión patriarcal, es generador de malestares y padecimientos no solo en la dirección que nos resulta más obvia e inmediata, sino también en muchas otras que se vehiculizan por la limitación de las libertades en muchos sentidos para la mitad del mundo que, en gran medida, se ve beneficiada por este orden social.

Si el malestar es un fenómeno de época, sus soluciones habrán de abordar las características de dicha época. En lo referente a sus determinantes de género, la destrucción de la división sexual del trabajo se plantea como una estrategia que obtenga beneficios en salud no solo para las mujeres, que acumulan los peores datos de calidad de vida, sino también para los hombres, que presentan vivencias del malestar más alineadas con lo-que-se-espera-de-ellos y con conductas adictivas y comportamientos más perjudiciales para su salud.

[22] Eribon, D., *Regreso a Reims*, Libros del Zorzal, 2017.

[23] Utilizamos aquí el concepto de *salud mental* por ser el más profusamente utilizado en la literatura. Sin embargo, no podemos obviar que se trata de un concepto controvertido, que se vació de contenido antes de llenarse del mismo y en el que es difícil encontrar significantes comunes entre quienes hablan sobre ello. El término *salud mental* se suele utilizar para hablar de la ausencia de salud, lo cual hace que sea un concepto autoenmendado.

[24] Compton, M. T. y R. S. Shim, «The Social Determinants of Mental Health», *Focus*, 13(4), 2015, pp. 419-425.

[25] Johnstone, L. y M. Boyle, «The Power Threat Meaning Framework: Overview», British Psychological Society, 2018.

[26] Se trata de un meme que trata de representar la idea de los ciclos de prosperidad y regresión en la sociedad. Está formado por imágenes de pinturas clásicas que acompañan a las siguientes cuatro frases: «Los tiempos duros crean hombres fuertes» / «Los hombres fuertes crean buenos tiempos» / «Los buenos tiempos crean hombres débiles» / «Los hombres débiles crean tiempos duros». Disponible en: https://knowyourmeme.com/memes/hard-times-create-strong-men.

[27] Una diferencia fundamental es que toda definición de depresión o tristeza patológica comenzará diciendo que la tristeza es un fenómeno humano y no puede

concebirse en su totalidad dentro de lo patológico. Si bien la fisiopatología comprende el concepto variante de la normalidad, el peso relativo que tiene respecto a la totalidad de su funcionamiento es pequeño. Al fin y al cabo, la razón principal del estudio de la fisiología, la histología, la anatomía, etc., es el abordaje de la enfermedad. Sin embargo, la aproximación a lo emocional, incluyendo lo que venimos llamando melancolía, tristeza o angustia, viene de otros muchos lugares y posiciones. Dicho de otra forma, si en una biblioteca municipal buscamos información sobre la irrigación del bazo solo la encontraremos en una sección. Si buscamos la forma de afrontar la tristeza, es probable que tengamos que mirar estante por estante todo el edificio.

[28] Padilla, J. y P. Padilla, «Morir pronto es nombre de señor», *CTXT*, 11 de noviembre de 2021, disponible en: https://ctxt.es/es/20211101/Firmas/37776/salud-brecha-genero-masculinidad-muerte-esperanza-vida.htm.

[29] Lombardía, S. F., «"El feminismo también libera a los hombres, no es una guerra"», *La Nueva España*, 18 de julio de 2021, disponible en: https://www.lne.es/gijon/2021/07/18/feminismo-libera-hombres-guerra-55175196.html.

[30] Requena, A., «Gary Barker: "Sufrir más violencia o más suicidios es el coste que pagamos los hombres por el patriarcado"», *Eldiario.es*, 26 de octubre de 2021, disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/gary-barker-sufrir-violencia-suicidios-coste-pagamos-hombres-patriarcado_128_8428815.html?s=09.

El sindicato y el psicoterapeuta: nuestra salud como falso dilema

Usted lo que necesita es eliminar los falsos dilemas

Al igual que en los malestares individuales encontramos entrecruzadas vigas de los malestares colectivos, podemos buscar también en esa configuración lo que nos beneficia, tanto a nivel individual como a nivel colectivo. Es decir, igual que no todo lo que daña a nivel individual daña a nivel colectivo, no todo beneficio individual redunda en un beneficio colectivo. Que tu amiga de la infancia decida dejar de hablar contigo al pasar al instituto te hace daño individualmente, pero no repercute a nivel colectivo; que tú y otros muchos hayáis normalizado dinámicas de acoso en el colegio y en el instituto sí tiene una repercusión colectiva. Esta idea, intuitiva en los extremos de la desigualdad, se desdibuja cuando miramos sectores más similares entre sí, aunque no por ello deja de operar.

La falsa dicotomía de «no necesitas un psicólogo, necesitas un sindicato»[31] (o su versión inversa, mucho más extendida: recomendar de forma generalizada ir a terapia sin prestar atención a qué genera el malestar ni asumir la problemática laboral —y el resto de las problemáticas estructurales—, dando eso como inmutable e inevitable y centrando toda la atención en la búsqueda individual de alivio) casi ha alcanzado la dimensión de meme, al repetirse una y otra vez con la pretensión de convertirlo en la bisagra de dos cosmovisiones incompatibles pero ampliamente extendidas: por una parte, el salmo neoliberal del individuo como único sujeto existente, dueño de su destino y responsable único de lo que le acontezca, que permea hondo hasta en quien reniega de ese marco; por otra, la necesidad imperiosa de frenar la maquinaria destructiva del capitalismo tardío,

aún algo trabada por mecanismos maltrechos hijos de otro tiempo como los sindicatos, a los que se intenta enunciar como definitivamente obsoletos para terminar de sentenciarlos y que dejen vía libre. La cuestión es que ambos planteamientos, tanto la mayor relevancia en nuestro día a día de lo individual frente a lo colectivo, como la necesidad de construir conjuntamente alternativas a un sistema que día a día se hace más invivible, son ciertos; pero no por ser ambos ciertos son equivalentes o intercambiables.

Así, surge como respuesta de disparo rápido el «necesito terapia Y un sindicato», desde una visión algo más amplia que reniega del TINA[32] y de todos los discursos conservadores e inmovilistas. Creemos que «necesito terapia Y un sindicato» confronta las reglas del juego al negarle al discurso hegemónico el arrinconamiento al que nos somete, pero ni la terapia ni el sindicato son los conceptos más relevantes de esa confrontación, sino esa Y mayúscula que neutraliza el falso dilema impuesto y la premisa de que existe una solución concreta para un orden social imperfecto pero mejorable —esto es, legítimo— poniendo un foco mucho más honesto: que el propio orden social es el problema.

Sin embargo, pese al valor de esa Y que pelea contra el arrinconamiento, dicho posicionamiento plantea un conflicto: los conceptos de sindicato y terapeuta no son equivalentes ni intercambiables. Y articularlos como bienes a acumular frente a esa desposesión incesante que nos atraviesa no solo no confronta las reglas del juego, sino que, en todo caso, las afianza. Las afianza porque, incluso confrontando el arrinconamiento, acepta de forma implícita ese salmo del individuo como único sujeto posible. Porque consolida la idea del sindicato como un producto de consumo, como algo que una persona puede necesitar en un momento dado (o en muchos momentos dados), lo cual implica, indefectiblemente, que también puedes no necesitarlo. Necesitas un sindicato como necesitas un amigo informático que te explique qué has roto esta vez —que si le llamas, bien, y si no necesitas llamarle, tanto mejor pero te da tranquilidad saber que está ahí— un sindicato-escalera de incendios que lo mejor es no tener que usarlo.

La aportación clave de los sindicatos no es que tú tengas la posibilidad de recurrir a ellos. La aportación clave de los sindicatos —y más te beneficiarás de ella cuanto más fuertes sean— es frenar los desmanes de los empleadores, antes siquiera de que se les ocurra una nueva astracanada que colarle al trabajador, desde ofertas de trabajo en hostelería que llaman «media jornada» a trabajar doce horas seguidas —por una cantidad irrisoria y cobrada en B, como no podía ser de otra manera— a ofertas que solicitan canguro a la mayor inmediatez para hacerse cargo de una niña mientras los padres tienen gastroenteritis —oferta publicada

hace unos meses en una web de anuncios clasificados que generó hilaridad en las redes sociales—, pasando por la cada vez más normalizada perversión de la figura del becario o el contratado en prácticas, que debe realizar tareas puramente laborales sin recibir remuneración alguna. El hecho de que en un despacho se diga «los sindicatos no nos van a dejar hacer esto» supone un dique de contención que salvaguarda a miles de personas sin que ellas lo sepan. No es una escalera de incendios, es la prohibición del uso de materiales inflamables en la construcción veinte años atrás. No la ves, pero está ahí. Ha evitado que te quemes.

Esto no sucede con la terapia. La terapia es, como ya hemos recalcado, un instrumento muy valioso y con un inmenso potencial reparador (y a veces iatrógeno) para quien la necesita y accede a ella. Pero funciona a nivel individual. Incluso cuando hablamos de terapia grupal, beneficia a ese grupo en concreto —el individuo en este caso es cada grupo—; no genera ese dique de contención que te protege sin tú saberlo. Es probable que un gran número de personas que lean esto hayan acudido a terapia y, si esta ha funcionado bien —porque había un foco susceptible de ser trabajado, era el momento adecuado y se ha generado un vínculo fructífero con la figura del terapeuta—, haya resultado tremendamente reparadora y beneficiosa. En ningún momento negamos eso ni le quitamos valor. Ahora bien, esa experiencia relacional reparadora que experimentaste en terapia no ha suscitado —no puede suscitar— que alguien, en algún despacho, en alguna familia o en algún lugar, diga: «Los terapeutas no van a dejar hacer esto». Recalcamos la familia porque, con poco margen de error, el grueso del trabajo psicoterapéutico suele ir enfocado a reparar los daños experimentados en este contexto. Y ni siquiera ahí la psicoterapia puede ejercer de dique de contención. Más aún, no es raro escuchar a progenitores diciendo: «Si tan mal lo estoy haciendo, ya le pagaré la terapia de mayor». Más allá del chascarrillo, y del hecho de que quienes enuncian una frase así al menos tienen desarrollada cierta función reflexiva sobre su parentalidad, esta viñeta ilustra bien que la terapia aparece en el imaginario siempre como algo *a posteriori*. Nunca como esa prohibición de material inflamable en la construcción.

Una terapia bien hecha es algo tremendamente valioso, pero es por definición íntima, personal, intransferible. Nace y muere en el vínculo con el terapeuta, no se puede exportar.

En terapia es frecuente utilizar las mismas imágenes, las mismas metáforas, a veces hasta las mismas frases con pacientes distintos, por lo que en ocasiones resulta tentador extrapolarlas como imágenes, metáforas o frases reparadoras para todos. No lo son. Lo mismo sucede cuando alguien comparte entusiasmado

en redes sociales un momento álgido de su proceso terapéutico, tratando de compartir con el mundo la restauración experimentada. No funciona. El hechizo se rompe al exponerlo a la luz, la magia desaparece, la frase reparadora se convierte en un lugar común. Nada sabe más a corcho que los libros de autoayuda que pretenden precisamente eso, universalizar la experiencia terapéutica.

¿Significa eso que la terapia es mentira, es un artefacto, es de corcho? No, ni mucho menos. Esas imágenes, metáforas o frases son reparadoras porque un sujeto con una cosmovisión entrenada a tal efecto se las dice en un momento muy concreto a otro sujeto, que a su vez tiene una determinada biografía, y con el que ha entablado un vínculo fértil capaz de albergar experiencias relacionales nuevas. No es tanto la frase que da en la diana, sino todo lo demás, lo que permite que haya una diana y una frase que lanzar. Y eso no puede reproducirse en despachos de señores que toman decisiones que te pasan por encima. No es un formato de reparación desde el que se pueda legislar. La función de protección colectiva no puede, por definición, generarse en un espacio tan particular como es la psicoterapia.

Ahora bien, sería otro falso dilema plantear que porque un beneficio sea por definición individual no puede redundar en un bien colectivo. Si esto fuera así, la creación de un ingreso mínimo vital no tendría trascendencia alguna a nivel colectivo, ya que lo cobran individuos concretos, y es obvio que sí la tiene (o la tendría si existiera de verdad).

Que las personas que han experimentado traumas o que presentan un sufrimiento psíquico intenso por la razón que sea puedan experimentar una reparación es algo que nos beneficia como sociedad. Que quienes sufren lo hagan lo menos posible o, llegado el caso, dejen de hacerlo es un bien en sí mismo. Muchas veces, el alivio del sufrimiento o la identificación del origen del sufrimiento (véase una mujer en una situación de violencia machista que puede identificar gracias a la terapia el tipo de relación en la que se encuentra) impacta no solo en quien acude a terapia, sino también en su entorno.

El problema aparece cuando la experiencia reparadora a través del vínculo terapéutico es la única respuesta posible ante el malestar, ante todos los malestares. La clave de la terapia es, la mayoría de las veces, un desvelamiento: que la paciente pueda comprender algo que estaba ahí pero que ella leía de otra manera, y que, a partir de esa nueva lectura de su realidad, de esa resignificación, pueda experimentar cosas diferentes. Esto es tremendamente útil en algunos casos, pero también es tremendamente inútil en otros. Hay sufrimientos que no desaparecen por ser resignificados. Es más, cuando ese

sufrimiento está claramente filiado y la persona que lo experimenta entiende perfectamente el origen y la naturaleza de ese mal (estoy angustiada porque me desahucian mañana), resignificarlo implica esconderlo (estoy angustiada por mi relación con mi madre, o por la descarga noradrenérgica que está haciendo mi cuerpo, o porque no soy capaz de gestionar mis pensamientos intrusivos), y en muchas ocasiones, incluso en psicoterapias impecablemente ejecutadas, supone expropiarle a la persona la capacidad de comprender y afrontar su malestar.[33] Cabe señalar aquí los trabajos de Sanah Ahsan y Guilaine Kinoauni[34] en el Reino Unido poniendo sobre la mesa el enorme sesgo racista y colonial de los psicoterapeutas (en su inmensa mayoría blancos) al tratar a población racializada.

Para que el terapeuta construya una diana a la que lanzar su dardo reparador, en ocasiones se le roban los recursos al paciente; se elabora una narrativa distinta a la que habría construido él y que puede ignorar en gran medida factores muy relevantes para el sujeto. La mirada del terapeuta y su intervención van a estar siempre condicionadas por su clase, su género, su raza y, en general, toda su posición epistémica. Por mucho que el terapeuta trabaje a fondo para deconstruirse y ponerse al servicio del sujeto como instrumento para que este construya una narrativa nueva, siempre existe el riesgo de que acabe imponiendo la propia. Esto no le quita valor a la psicoterapia como herramienta. Simplemente constata sus limitaciones y los riesgos de entenderla como solución universal al malestar.

Como vivimos en el contexto en el que vivimos, donde una cantidad ingente del malestar emocional que experimenta la población viene derivado de carencias materiales a las cuales el sistema o no quiere o ya no puede ni sabe responder, es frecuente que mucho de este malestar se enuncie socialmente como sufrimiento que reparar en terapia. Hablábamos en el primer capítulo de que probablemente todo esclavo presentará en algún momento síntomas depresivos. El sufrimiento, tenga el origen que tenga, es probable que construya una presentación de tristeza, una presentación sintomática.

Ante esa perspectiva en consulta comparecen posibilidades limitadas y todas ellas malas. Se intenta discernir quiénes cargan a sus espaldas con malestares que sí pueden ser reparados en el marco terapéutico, pese a que en situaciones de precariedad o pobreza las preocupaciones inmediatas por lo material lo anegan todo. Así, se genera una suerte de algoritmo —«este sí, este no»— en virtud del cual quien no tiene dificultades materiales sale mejor parado, tanto para que se identifique un foco de intervención técnica si lo hay como para que se identifique la idoneidad de una indicación de no tratamiento.

La indicación de no tratamiento (INT) consiste en una intervención psicoterapéutica única destinada a co-construir con el paciente que lo idóneo es no realizar una intervención, partiendo de una deconstrucción de la demanda inicial que planteaba el sufrimiento del sujeto como algo a corregir de forma externa, resignificando ese malestar y apuntalando y validando los recursos internos del sujeto para hacer frente a ese malestar.[35]

Contar entre el arsenal psicoterapéutico con la opción de la INT protege a los individuos del potencial iatrógeno de la terapia cuando esta no procede. El problema (siempre hay algún problema) de que el principal recurso para proteger de la iatrogenia sea la INT es que si se hace en un contexto social donde no hay otras alternativas a la consulta de salud mental para hacer frente al malestar, la INT, aunque sea impecable en su planteamiento, equivale a una expulsión.

La cuestión es que tanto para los sujetos que sí se benefician de una terapia como para aquellos que se benefician de una INT, es imprescindible que existan más canales para afrontar el malestar. Individuales y colectivos. La terapia no puede ser la única experiencia emocional reparadora, porque entonces deja de ser terapia y se convierte en una adormidera, en un espacio que la psiquiatra Belén González llama «taquígrafo del desastre» pero también desactivador.

Pero salgamos del contexto puramente asistencial y de los dilemas que enfrentan los profesionales *psi* ante el hacer o no hacer, pues uno de los objetivos fundamentales de este texto es que los dilemas sobre cómo abordar el malestar salgan del feudo técnico y puedan ser colectivizados.

Hemos hablado de las acciones individuales que por su naturaleza no pueden redundar en un beneficio colectivo. Pero lo cierto es que hay acciones individuales que sí pueden hacerlo. En abril de 2021 salta a la prensa un caso de presunto maltrato animal en las instalaciones de un laboratorio, a raíz de la publicación de un vídeo con imágenes escalofriantes. Esta situación suscita la respuesta inmediata de activistas animalistas, tal y como refleja el tuit de Paula González Carracedo, que dice: «La imagen de la dignidad: activistas traen sus propios transportines para poner a salvo a los animales que se puedan rescatar del laboratorio»,[36] acompañado de una imagen de los activistas y de los transportines vacíos alineados en el suelo.

Hay acciones puramente individuales (en este caso de modo literal, pues solo cabe un animal por transportín) que pueden desencadenar respuestas en lo colectivo. Es difícil ver esa *imagen de la dignidad* y no plantearse seriamente dejar de comer animales, que es una decisión individual pero influye en lo colectivo, visibilizando, normalizando, cambiando el discurso, desplazando ventanas. Convirtiendo la dieta que escoge cada uno para sí en un posicionamiento político.

Hay algo tremendamente potente y conmovedor en la imagen de esos transportines vacíos, esperando a ser utilizados, llegando a donde las instituciones no están sabiendo o queriendo llegar, o donde simplemente no han llegado todavía.

La generación Z, al llevar la salud mental por bandera, busca normalizar, desestigmatizar, etc. Consigue un efecto colectivo de ese fenómeno tan individual que es la terapia, y eso tiene su valor, no ya tanto por reducir la estigmatización, que también, sino por generar precedentes de carriles de acción colectiva desde movidas individuales. Los transportines y la afirmación «cuantísimo bien me hace ir a terapia» generan un impacto en lo colectivo cuyo valor es poner en marcha cosas, pero si esas cosas mantienen la dirección en la que se las ha empujado, se ven abocadas a una repetición de los escenarios que las han producido. La protesta individual con capacidad de arrancar algo en lo colectivo se convierte en un lugar común, desactivado, que trasciende a lo colectivo solo de forma cosmética, sin capacidad real de transformación.

A la vez, los engranajes colectivos que pueden reencauzar lo que los transportines y las terapias han puesto en marcha (sindicatos, leyes de protección animal, renovación general en las instituciones) adolecen de una característica terrible: la inamovilidad y la extenuación (y frustración) que conlleva poner en marcha reformas y avances. Hay entonces una tensión entre lo individual y lo colectivo que opera también entre los malestares (individuales y colectivos) y aquello que los alivia o resuelve.

Visibilizar el sufrimiento, visibilizar a quien se lucra de visibilizar el sufrimiento

Dar visibilidad a algo eternamente privado podría interpretarse también como una forma de politizar lo íntimo y convertirlo en el problema colectivo que realmente es. Permite salir de una de las dos privatizaciones de la salud mental, la relacionada con el confinamiento del sufrimiento psíquico al ámbito de lo íntimo e individual. Desde esta perspectiva, la visibilización del sufrimiento psíquico podría ser vista como un elemento relacionado con la justicia, puesto que supone trasladar a la responsabilidad colectiva un asunto individual, posibilitando la búsqueda no solo de respuestas, sino también de responsabilidades comunes para su solución. La visibilidad sería ahí un aspecto relacionado con el reconocimiento del sufrimiento psíquico como un asunto común, tanto en su origen como en su desarrollo y solución.

Sin embargo, la visibilización tiene al menos otras dos caras. Una de ellas responde a la pregunta de qué voces se visibilizan, y la otra se centra en quién se beneficia de la visibilización de estas voces. En relación con la primera cuestión, atravesamos en la actualidad una suerte de #MeToo vinculado a múltiples voces más o menos famosas que reconocen no solo la existencia de síntomas de ansiedad o depresión, sino también el haber precisado asistir a psicoterapia en algún momento. Sin embargo, llama la atención cómo la popularización de la presencia mediática del sufrimiento psíquico como tema sobre el cual hablar se ha llevado a cabo conjuntamente sin las voces de personas que hayan experimentado fenómenos diagnosticados como trastorno mental grave. Esto lo ejemplificaba muy bien un anuncio en el que salía Ana Pastor, periodista y presentadora de televisión, hablando de una campaña de concienciación sobre los problemas de salud mental, mencionando tres palabras vinculadas a esta: ansiedad, depresión e insomnio.

No cabe ninguna duda de que son tres elementos presentes en una parte importante de las personas con algún tipo de padecimiento psíquico, pero en el afán por interpelar al mayor número de personas posible se lleva a cabo otra acción complementaria: dejar fuera a un perfil muy concreto de personas. Las personas que oyen voces, por nombrar solo un fenómeno, apenas obtienen visibilidad en el marco público, cuando probablemente son quienes más podrían beneficiarse de salir de una situación de ocultación de síntomas y de su desconocimiento por parte de la población. Desestigmatizar un asunto —el sufrimiento psíquico— puede provocar, paradójicamente, una mayor estigmatización de quienes tienen ese sufrimiento pero no dentro del marco establecido.

Además, la visibilización hace también aflorar opciones de negocio que inciden en potenciar la otra de las *dos privatizaciones* del sufrimiento psíquico, la que tiene que ver con la entrada de la iniciativa privada para sacar beneficio económico de él, especialmente a raíz del desdén de lo público. La respuesta a esta oportunidad de negocio, dentro del marco del capitalismo de plataformas,[37] puede llevar a la denominada *uberización* de la atención en el ámbito de la salud mental; encontramos ejemplos de ello en iniciativas como TherapyChat, que están basadas en recursos en línea y donde las condiciones laborales de los terapeutas son, por llamarlas de alguna forma, «líquidas».

Otra de las vías de desarrollo de esa privatización mercantil de la respuesta al padecimiento psíquico se encuentra en la exotización de dicho sufrimiento, con ejemplos mercadotécnicos como La Llorería, un establecimiento abierto en la ciudad de Madrid donde te invitan a llorar a gusto, hacer fotos, ponerles un filtro

y subirlas a Instagram. El llanto puede generarle a alguien un aumento de sus ingresos económicos, y eso es algo que el mercado no puede dejar pasar.

Ambas formas de privatización (la de lo íntimo y la de la titularidad de la prestación de servicios) responden a una dinámica común: la dejación de funciones por parte de *lo público*, ya sea entendido como el espacio común donde politizar el padecimiento psíquico o como las estructuras e instituciones que cuidan de quien tiene algún tipo de sufrimiento psíquico.

La salida mercantil del malestar psíquico como problema colectivo está, además, muy vinculada a una visión del abordaje terapéutico como taller de chapa y pintura cuyo objetivo principal es la devolución a la sociedad de sujetos productivos, listos para trabajar, aunque no se hayan generado cambios de fondo en las causas de las causas de sus problemas.

Hay acciones individuales que arrancan la posibilidad de reparar malestares colectivos (nos viene a la cabeza Nevenka Fernández diciendo «tengo veintiséis años y tengo dignidad» y poniendo sobre la mesa el por entonces más que silenciado acoso sexual), y hay acciones colectivas reparadoras de malestares individuales (para quien ha sufrido directa o vicariamente los efectos del machismo, es profundamente reparador manifestarse junto a cientos de miles de personas el 8M). Lo individual y lo colectivo tienen fronteras difusas. Sin embargo, las narrativas sobre el malestar, y más específicamente sobre sus soluciones, tienden a ser marcadamente binaristas. Podemos ver soluciones individuales (sea terapia, sea cambio de trabajo, sea cambio de vida), que serán más o menos accesibles en función de nuestros recursos y de nuestro momento vital. Y podemos ver soluciones colectivas, que se nos antojan lejanas e imposibles. Pero nos cuesta mucho ver grietas por las que pasar de lo individual a lo colectivo, especialmente a la hora de entender lo que nos pasa. Intuimos que algunas situaciones se viralizan, se difunden masivamente y, sin que sepamos muy bien por qué, consiguen permear el sentir colectivo. Pensamos que eso depende de dónde quiera poner el foco la prensa, pero muchas veces es la prensa la que busca esas historias espontáneamente compartidas. Hay un malestar individual y colectivo, una narrativa propia de cada cual y una sensación de ir a la deriva en la narrativa común; la sensación de esperar a que algo nos emocione y conmueva masivamente, nos ponga de acuerdo, nos haga exigir, nos devuelva la agencia.[38]

Hasta ahora, la narrativa sobre qué es el sufrimiento psíquico ha correspondido fundamentalmente a los profesionales de la salud mental y, en mucha menor medida de la que sería necesaria, a la antipsiquiatría y sus figuras equivalentes actuales. En paralelo, la narrativa sobre qué necesitamos los

individuos y las sociedades ha ido recayendo plenamente en las dinámicas de mercado y las fantasías meritocráticas.

Quizá hacernos con el control de la narrativa de nuestro malestar y de lo que necesitamos sea algo lo suficientemente potente como para colectivizarlo. Quizá sea incluso imprescindible.

La visibilidad de lo invisible: el suicidio como lección de salud pública

Durante años, la gente no moría de cáncer sino de «una larga enfermedad», y uno no se suicidaba, sino que moría en condiciones que «aún se están investigando». El cáncer fue saliendo del ámbito de lo privado seguramente por una mezcla de frecuencia epidemiológica y visibilidad en personas famosas que lo fueron haciendo público. Sin embargo, al suicidio le ha costado más realizar ese trayecto, hasta el punto de que cuando alguien famoso fallecía por esta causa en ocasiones pasaba a formar parte de una iconografía pop más o menos misteriosa, y no ha tenido un rol de visibilización como el que han podido tener el cáncer u otras causas de muerte. Epidemiológicamente, los datos no son comparables, y aunque lo fueran en términos de cantidad, tal vez no deberían serlo por las diferencias en su etiología y en los engranajes internos de funcionamiento y desencadenamiento, pero sí es cierto que desde los años previos a la pandemia se venía produciendo un proceso de priorización del suicidio en la agenda política sobre temas de salud.

Tras la pandemia, y con el importante aumento de fallecimientos por suicidio, especialmente entre la población joven, la importancia de hablar sobre el tema[39] ha adoptado diversas formas: desde su comparación —generalmente desafortunada— con la pandemia de COVID-19, hasta el señalamiento de condiciones biológicas que serían las desencadenantes del suicidio,[40] pasando por otros abordajes que vinculaban con mayor o menor acierto los vaivenes socioeconómicos y las cifras de suicidio.

Hay dos formas de visibilizar: exponer o abrazar. Es decir, sacar el suicidio a un escaparate para que la gente lo vea, o reconocerlo como una cosa que no es un asunto exclusivo de la persona con ideación suicida, sino de toda la sociedad en su conjunto. Sobre la base de estas dos opciones, podemos responder a la pregunta que desde hace unas décadas ronda algunos ámbitos de la salud pública (y que ahora vuelve con más fuerza, dado que «salud pública» se ha convertido en un término más común en el lenguaje cotidiano): ¿es el suicidio un problema

de salud pública? Si estimamos que lo que determina su consideración como tal es la existencia de un elevado número de casos, es decir, su alto peso en la mortalidad de la población —especialmente de la población joven—, entonces seguramente entenderemos que la forma de visibilizarlo es exponerlo en la plaza pública para que, mediante un proceso de exhibición, la población entienda que es un problema importante. Individual pero importante. Por otro lado, si creemos que el suicidio es un problema de salud pública porque evidencia un cruce de caminos entre lo individualmente biográfico y lo socialmente relevante, entre la vivencia individual y la necesidad de hacernos cargo de los sufrimientos de forma colectiva,[41] entonces creeremos que hay que visibilizar el suicidio, pero como una manera de buscar una salida conjuntamente, señalando sus causas no para trazar la ausencia de alternativas o para justificar una conducta, sino para plantear intervenciones que mejoren las condiciones de vida de la gente y hagan ver que existen futuros para una vida que merezca la pena ser vivida.

En mayo de 2022, mientras damos los últimos retoques a este libro, el Gobierno de España ha puesto en funcionamiento la «línea de atención a la conducta suicida»;[42] un número gestionado por una entidad privada sin ánimo de lucro y señalado como el producto más tangible de la previamente anunciada estrategia de salud mental de dicho Gobierno. El número se ha puesto en marcha unos meses después de que se supiera que en 2020 se había alcanzado el récord de suicidios consumados registrados, con un total de 3.941 casos (2.930 hombres y 1.011 mujeres). Medidas como este teléfono desempeñan una labor de primera atención, algo inmediato, pero su utilidad es limitada si después falla lo demás; el suicidio ha saltado a la arena de la acción política en un momento en el que las redes de salud mental hacían agua y su capacidad para asegurar esa atención posllamada era menor, y en el que el resto de las políticas de protección social intentaban no colapsar por exceso de demanda.

Considerar el suicidio como un asunto puramente individual (y dejarlo claro en la forma que eliges para visibilizarlo y prevenirlo) es algo que en muchas ocasiones está relacionado con otra gran pregunta en torno a este fenómeno: ¿todos los suicidios están vinculados con un trastorno psiquiátrico?, ¿cuántos lo están? La siguiente respuesta, ofrecida en una entrevista de *Eldiario.es*, puede servir para centrar el asunto:[43]

> Es absurdo decir que el señor que se suicida cuando está la comisión judicial en su puerta porque lo van a desahuciar lo hace por enfermedad mental. El término enfermedad mental es un término controvertido en sí. Los problemas de sufrimiento psíquico no encajan demasiado bien en el marco médico. Hablamos

de trastornos mentales porque los límites entre lo que es patológico y no no son tan claros como en otras áreas de la salud. Hay algunos padecimientos como el trastorno bipolar que sí tiene unos bordes más precisos, pero depresión y ansiedad, aun pudiendo ambos tener una entidad clínica muy clara, son espectros muy difusos. Entre el extremo normal y patológico es difícil trazar un límite exacto.

Las definiciones sobre los trastornos mentales son, al final, consensos de expertos. Puedes encontrar quien te diga que el suicidio siempre es patológico pero otros te diremos que no. Si tú te suicidas porque vives en Mariúpol y un batallón de soldados está a punto de entrar en tu casa y prefieres suicidarte, no lo podemos considerar patológico a nivel individual.

No se trata tanto de sacar la balanza y cuantificar con exactitud el número de suicidios consumados que coexistían con un sufrimiento psíquico diagnosticable, sino de ver cómo se pueden desarrollar intervenciones que abarquen desde el punto final de la ayuda puntual en el momento necesario hasta las medidas más proximales de mejora estructural de las condiciones de vida, pasando por todas aquellas intervenciones que hacen que el acompañamiento y la red de seguridad que son los servicios públicos estén ahí más allá de lo hiperagudo y actuando siempre de forma bien coordinada con el resto de los recursos fundamentales.

[31] Padilla, J. y M. Carmona, «"Usted lo que necesita no es un psicólogo sino un sindicato"», *El Salto*, 16 de septiembre de 2018, disponible en: https://www.elsaltodiario.com/salud-mental/usted-no-necesita-psicologo-sino-sindicato.

[32] Siglas de *There Is No Alternative* (No hay alternativa), eslogan usado con frecuencia por Margaret Thatcher y que suponía el señalamiento de la economía de mercado como la única de las alternativas posibles para el funcionamiento de la sociedad.

[33] Ortiz Lobo, A. y V. Ibáñez Rojo, «Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental», *Revista Española de Salud Pública*, 85(6), 2011, pp. 513-525.

[34] Ahsan, S., «Holding Up The Mirror: Deconstructing Whiteness In Clinical Psychology», *The Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 20(3), 2020, pp. 45-55; Kinouani, G., «Difference, Whiteness and the Group Analytic Matrix: An Integrated Formulation», *Group Analysis*, 53(1), 2020, pp. 60-74.

[35] Ortiz Lobo, A., «Psicopatologización de la vida diaria y prevención cuaternaria en salud mental», jornadas de trabajo sobre el programa de soporte en salud mental a la atención primaria de salud, Parc Sanitari Sant Joan de Deu, 7-8 de octubre de 2010, disponible en: https://www.pssjd.org/documents/Psicopatologizaci%C3%B3n%20de%20la%20vida%20y%20prevenci%C3%B3n%20cuaternaria%20en%20Salud%20Mental.pdf.

[36] González Carracedo, P., Twitter, 10 de abril de 2021, https://twitter.com/paulaGlezC/status/1380968621955026953?s=20.

[37] El capitalismo de plataformas es una forma de acumulación de capital basada en plataformas electrónicas que desarrollan su funcionamiento en la web. Generalmente deslocalizan su fuerza de trabajo y exploran nuevas vías de extracción de beneficios como la acumulación, el análisis y la venta de datos. Amazon, Facebook, Spotify o Google serían ejemplos diversos de este tipo de plataformas.

[38] A este respecto recomendamos encarecidamente el visionado de la conferencia de clausura de las XXV Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental «Salud mental no es una isla», impartida por Layla Martínez Vicente y disponible en el canal de YouTube de la AMSM: https://www.youtube.com/channel/UCFg0AHUjvQ0U-YIIgaiRWlw.

[39] Recomendamos este directo de Twitch de Maldita en el que diferentes personas —con distintos perfiles— hablan sobre prevención del suicidio: https://maldita.es/malditaciencia/20210715/suicidio-en-twitch-como-prevenirlo-que-mitos-contribuyena-su-estigma.

[40] Condiciones biológicas que ya estaban presentes antes de la pandemia de COVID-19, aspecto que no ha parecido resultar relevante para las corrientes más biologicistas del panorama de la salud mental, que habitualmente no suelen tener en la mirada longitudinal una de sus herramientas fundamentales.

[41] Durante la adolescencia y primera juventud, me irritaba profundamente pasar por el Viaducto (un puente ubicado en la calle Segovia de Madrid, con un desnivel de veintitrés metros de altura y donde en los años noventa llegó a haber unos cuatro suicidios diarios) y ver las mamparas colocadas para evitar los suicidios. Esas mamparas me generaban una rabia sorda y profunda. Tardé años en conseguir poner palabras a ese rechazo, pero más o menos vendría a ser algo así como «eso es lo que os importa, que nos matemos, y os da igual todo lo anterior que lleva a la gente a matarse». Ahora, años después, y tras haber atendido una cantidad ingente de intentos de suicidio, tanto en el momento inmediatamente posterior como en días o semanas ulteriores, entiendo y defiendo la instalación de mamparas en el Viaducto o cualquier otro lugar particularmente sugestivo de dicho acto. Pero mantengo ese rechazo, menos adolescente en su formato pero igual de intenso, a que las intervenciones destinadas a evitar el suicidio se queden en ese último eslabón de la cadena.

[42] «024. Línea de atención a la conducta suicida», Ministerio de Sanidad, https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm.

[43] Pérez Mendoza, S., «Marta Carmona: “Los datos de suicidio van a seguir siendo malos si el estado del bienestar está desmantelado”», *Eldiario.es*, 16 de mayo de 2022, disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/marta-carmona-datos-suicidio-seguir-malos-desmantelado-si-bienestar_1_8985899.html.

Tras el malestar

«Construir algo distinto en el corazón
de lo mismo es agotador, si no imposible».

SARA AHMED

«No hay una cura privada para tus problemas. Ese malestar solo puede tratarse construyendo a su alrededor relaciones más potentes que las fuerzas que lo producen».

MARK FISHER

«Imposible vivir siempre en estado de catástrofe», escribió Alejandra Pizarnik, quien, todo sea dicho, vivió casi siempre en ese estado. Esa catástrofe bien podría definir una parte de lo que vivimos ahora. Una sociedad que encadena varias crisis (la económica de 2008, la sanitaria de 2020, la económica postsanitaria y la ecológica que todo lo incluye) y que no termina de salir de una para encontrarse metida en otra. Si bien no se puede vivir siempre en estado de catástrofe, sí es posible vivir en lo que podríamos llamar un *estado del malestar*, que sería una suerte de catástrofe larvada que tiene su mayor significado no solo en lo que está mal, sino también en lo que nunca estará bien. Tanto la catástrofe como el malestar nos señalan la posibilidad de ser dañados, de vivir en el seno de la herida o el perjuicio; sin embargo, en este capítulo tal vez sea preciso transformar ese perjuicio en vulnerabilidad, la cual, como apunta Miquel Seguró en su libro *Vulnerabilidad*,[44] no señala la posibilidad de ser heridos, sino más bien la posibilidad de sufrir alteraciones, ya sean estas positivas o negativas (o neutras). Esta vulnerabilidad, aupada al ámbito de lo *mainstream* durante la pandemia para convertirse en una especie de sinónimo ilustrado de «fragilidad», tiene mucha

mayor riqueza y potencia política si se describe como lo hace Seguró, puesto que esconde en sí no solo la posibilidad de cambiar hacia la rotura, sino también la potencialidad del avance y la mejora. Esta capacidad de reconocer la vulnerabilidad, el malestar o la fragilidad como motor de transformación a través de su vivencia colectiva se refleja también de forma muy relevante en conceptos como el de «fuerza vulnerable», de Amador Fernández-Savater,[45] o el de «coalición de los frágiles», de Íñigo Errejón.[46]

Si afirmamos que ese estado del malestar no es una situación a la que se llega ni por la que se discurre individualmente, tampoco las alternativas que se planteen para superarla pueden ser individuales. La sensación de no poder más no se va a solucionar yendo individualmente a terapia (tampoco si la terapia es grupal), aunque facilitar el acceso a la misma sea un factor de gran importancia para las necesidades de muchas personas; pero si hablamos del malestar que no es de uno sino de todos, que es singular y universal a la vez, entonces la mirada tiene que abrirse, y esa apertura comienza por definir qué es lo que se pretende.

Lo primero es definir cuál es la referencia deseada de contraposición al malestar. Con las enfermedades es más sencillo, porque se referencian en un absoluto de salud. La salud justifica nuestro deseo de evitar la enfermedad, puesto que esta nos aleja de ella. Sin embargo, en el caso del malestar, el referente no parece tan claro. Podemos hablar de bienestar psíquico, de salud mental, pero ningún concepto parece llenar un significante que aspira a un término concreto y preciso. En este texto utilizamos el «vivir mejor» (y también el «bienestar», aunque este término es mucho más conflictivo tanto política como filosóficamente) siendo conscientes de que es justamente eso lo que hacemos, «utilizarlo» de forma meramente instrumental para llenarlo de un significado que se deriva de todo lo que hemos ido escribiendo con anterioridad, pero también porque es una combinación de palabras en constante construcción.

Lo segundo es señalar que, si bien el malestar lo hemos definido como una pérdida de agencia en un contexto de desesperanza, la recuperación de la agencia será una necesidad de esa situación posmalestar. La libertad que contiene esa recuperación de la agencia deberá ser, pues, uno de los aspectos irrenunciables de lo buscado. Una libertad que, en palabras de Jorge Moruno, «solo es posible en relación con los demás: mi libertad solo es posible sobre la base cooperativa que hace posible la libertad del resto […]. Libertad e igualdad son inseparables porque significan la libertad de cualquiera para desarrollar sus capacidades y su potencia de obrar. Una libertad universal e incondicional, sin tutelas, requiere de un proyecto de igualdad que no se confunda con la uniformidad, sino que permita lo contrario, esto es, una misma igualdad de todas las personas para

poder ser diversos».[47]

Esto engarza con la tercera pata necesaria para trascender este estado del malestar: la justicia social (sustentada en la igualdad) como condición necesaria para la libertad, pero también como elemento fundamental para sustanciar la diversidad.

No hay un bienestar para *bienestarlas* a todas

De la misma manera que nadie con algo de conocimiento (y sin conflictos de interés demasiado aparentes) diría que un antidepresivo es capaz de curar el cien por cien de las depresiones ni que hay una intervención psicoterapéutica de indicación universal, no podemos caer en afirmar que, por ejemplo, la existencia de una renta básica universal tendría la capacidad de eliminar el sufrimiento psíquico de la faz de la tierra. Esto, que parece obvio, es algo en lo que en muchas ocasiones se cae desde visiones que reivindican el rol de las condiciones sociales en los trastornos mentales (ya sea en los graves o en los comunes), ejerciendo una suerte de movimiento pendular desde la ceguera del biologicismo más simple hasta el solucionismo redistributivo más iluso.

La diferencia entre el antidepresivo y la psicoterapia que todo lo curan y la renta básica universal que erradica padecimientos es que solo uno de los dos puede cambiar de forma notable las relaciones entre la causa y la consecuencia, pudiendo actuar sobre las relaciones de poder que sustentan esta relación de causa-consecuencia.

Para pensar el *vivir mejor* que queremos debemos previamente señalar algunos puntos de partida:

1. Dado que partimos de la base de que no existe un bienestar universal y de que, como hemos señalado a lo largo del libro, son también múltiples las formas de estar mal, no buscaremos el ideal de bienestar, sino más bien un abordaje en negativo que intente *solventar* o *mejorar* los malestares y las características comunes que pueden existir en aquello que hemos considerado como más relevante o frecuente.
2. Si el análisis de las causas y orígenes del malestar hunde sus raíces en determinantes estructurales, así como en condiciones individuales, la búsqueda de las condiciones de bienestar debería también moverse entre esos determinantes que van corriente arriba y corriente abajo.[48]
3. Entendemos que no puede existir un *vivir mejor* mínimamente

generalizable si se basa en la opresión o explotación de otros seres o ecosistemas.[49] Uno de sus valores principales debe ser la posibilidad de ser equitativo.

4. El *vivir mejor*, al igual que ocurre con la salud o con muchos de los grandes conceptos utilizados para definir horizontes idealizados, no sirve para designar solamente aquello que quiero que sea, sino también aquello que creo que debe ser. Es decir, plantear el bienestar psíquico como un horizonte se convierte a la vez en una muestra de lo que deseamos y, también, en una muestra de lo que se espera de nosotros, de modo que pueda convertir ese bienestar en un elemento de normativización y, llegado el caso, de coerción.

En el libro *La promesa de la felicidad*,[50] Sara Ahmed define la felicidad como «aquello que queremos que sea, sea esto lo que sea». Términos como *felicidad*, *bienestar* o similares han pecado en muchas ocasiones de cierto grado de indefinición difícil de vencer, lo que ponía límites tanto a su búsqueda como, sobre todo, a la organización para acercarnos a esa *felicidad* de forma colectiva. En ese mismo libro, Ahmed cita a Rosi Braidotti cuando esta dice que «paradójicamente, son aquellos que ya están un poco rotos, aquellos que han padecido dolor y perjuicio, los que están en mejores condiciones de llevar a cabo este proceso de transformación ética»; es decir, dentro del marco de lo que nos atañe en este libro, el conocimiento situado que vendrían a aportar aquellas personas que han transitado por situaciones de sufrimiento psíquico en alguna de sus formas debería alumbrar la construcción de ese *estar bien* o, por lo menos, de muchas de sus maneras de ser.

Además de la citada Ahmed, hay dos autoras que pueden sernos de gran utilidad para, entrelazando sus pensamientos, pensar en qué sería el *vivir mejor* del que estamos hablando. Una es Martha Nussbaum, quien en su concepción de la vida digna, dentro del marco del abordaje de las capacidades, señala muy bien algunas de las dimensiones que conformarían esa vida digna, las cuales estarían muy cerca de eso que aquí llamamos *bienestar* (o, al menos, serían un buen punto de partida). No en vano, Ahmed afirma en el citado libro: «Os diré solamente algo que he aprendido y que puede ayudarnos en estos momentos: esta lucha en la que nos va la vida es, justamente, el esfuerzo incansable por darle dignidad». Esa interpretación de la dignidad como algo en cuya consecución nos va la vida se compondría de un nivel razonable e igualitariamente distribuido de una serie de capacidades agrupadas en diferentes dimensiones, que incluirían aspectos relacionados con la salud, las emociones, la participación política, el respeto a

otras especies o el juego y la risa. Vivir mejor como búsqueda de una vida digna que no deja la definición de *dignidad* al vacío, sino que se llena de elementos que muestran la auto-inter-eco-dependencia de las personas.

La otra autora de la que echar mano para pensar ese *vivir mejor* es Nancy Fraser, que ha realizado aportaciones tanto metodológicas (pensar la justicia desde la injusticia) como de contenido político (el desembrollo del dilema reconocimiento-redistribución). Frente a la falsa (y caduca) dicotomía de si hay que preocuparse por los derechos de las minorías o por las condiciones materiales de la clase obrera, Fraser captura la complejidad de las tensiones sociales y propone un modelo que articula ambas necesidades sin contraponerlas.

¿Qué puede aportar una mirada de justicia social a que vivamos mejor?

Si de algo hay evidencia científica en el tema de los determinantes sociales y económicos referidos a los resultados en salud es de que en las sociedades más desiguales la gente tiene peores indicadores de salud y, muy especialmente, peores indicadores dentro de todo eso que venimos a llamar *salud mental*.[51] No tiene que ver solo con la pobreza o la deprivación material, que también,[52], [53] sino con la desigualdad, principalmente por medio de una menor cohesión social.[54], [55]

Ahora bien, no basta con afirmar que las sociedades menos desiguales son sociedades donde se vive mejor y donde, más concretamente, el sufrimiento psíquico parece reducirse. ¿De qué manera pensar unas esferas del estar bien que no se limiten a la renta, que transiten los determinantes sociales de salud y que no desprecien el papel de la subjetividad influyen u operan en este estar bien?

Tal vez pueda sernos de ayuda echar un vistazo a quienes han desarrollado pensamientos y propuestas acerca de cómo estar bien de forma colectiva. Ese bienestar colectivo, que bien podríamos asimilarlo (o incluirlo) como *justicia social*, podría beber de las dimensiones de justicia de Nancy Fraser, para quien no solo la redistribución, sino también el reconocimiento y la representación son elementos centrales.

El concepto de justicia social en la filosofía de Nancy Fraser parte del análisis de la injusticia social, compuesta principalmente por dos elementos fundamentales: la mala distribución y el no reconocimiento.[56], [57] El abordaje del dilema redistribución-reconocimiento es fundamental en la perspectiva de Fraser, quien, tras señalar que no toda justicia está basada en el reconocimiento o la redistribución, plantea una situación bidimensional en la cual, para la

consecución de sociedades justas, han de combatirse tanto la injusticia económica (redistribución) como la cultural (reconocimiento), añadiendo con posterioridad un tercer elemento de justicia política relacionado con la representación.[58] Fraser afirma que la dificultad en la eliminación de la injusticia surge cuando las medidas encaminadas a solventar las injusticias económicas tienden a «abolir la especificidad de grupo», mientras que las medidas contra la injusticia cultural lo que hacen es acentuar dicha especificidad, generando lo que se conoce como el *dilema redistribución-reconocimiento*, cuya resolución es fundamental para avanzar hacia sociedades justas.[59]

Para Fraser, «la injusticia es claramente un asunto de victimización objetiva, una relación estructural en la que unos explotan a otros, negándoles el estatus moral como sujetos de justicia».[60] En esta frase se resume la doble vertiente redistribuidora y de reconocimiento. Fraser no hace referencia en su obra a la salud como elemento central de la justicia social; sin embargo, los elementos que incluye dentro de su conceptualización de la justicia social sí pueden desempeñar un papel en la construcción del derecho a la salud desde una perspectiva que permita no solo dar respuesta al contenido de dicho derecho, sino también incorporar elementos no tenidos en cuenta hasta ahora por ninguna corriente filosófica, tales como el rol de sujeto político de la naturaleza o el rol de figuras como el cuidador universal en la materialización de ciertos aspectos del derecho a la salud.[61]

Al combinar las dimensiones propuestas por Nancy Fraser y aplicarlas a las consideraciones sobre los determinantes sociales de la salud mental según como se ha comentado previamente en el libro, rápidamente vemos que hay algunos aspectos que pueden sernos de utilidad. Podemos hablar de redistribución, reconocimiento y representación, o, en el marco de superar el malestar, de la certeza o seguridad de la suficiencia material, de la libertad para el desarrollo de la propia identidad y la igualdad en el marco del derecho, y, por último, de la participación en las diferentes esferas de los ámbitos de representación política, social y cultural.

Este *vivir mejor* ha de tener la capacidad de superar las ansias bienestaristas utópicas de la definición clásica de salud de la Organización Mundial de la Salud[62] y mirar más hacia una concepción de la vida buena que nos permita politizar la lucha por unas condiciones de vida justas para todas y todos, a la par que contar con esa red de protección que son los servicios públicos en la atención al malestar cuando lo precisemos. Hablar de la superación del malestar supone hablar de políticas de conciliación, de redefinición de los roles de cuidado, de la transformación de los hábitos de consumo y vida en la masculinidad actualmente

hegemónica, de no tener que pensar todo el rato en la necesidad de trabajar para poder vivir.

Las bases del «vivir mejor»

Remedios Zafra, en su libro *Frágiles*,[63] enmarca la mejora de la vida de la siguiente manera:

> […] toda proyección de futuro, personal o colectiva, movida por una aspiración vital hacia *lo bueno* o la vida mejorada siempre está atada por el lazo corto del sustento, la vulnerabilidad de los cuerpos, los hijos o los viejos padres enfermos, un techo y un trabajo.

Zafra habla, con otras palabras, de derechos (y ejecución de esos derechos), de subsistencia, de cuidados, de fragilidad… En el contexto del cruce entre políticas públicas y padecimiento psíquico, quizá el tema de la necesidad de garantizar los derechos de subsistencia como forma de mejorar el bienestar físico y psíquico de la población sea el que acumula más evidencias publicadas. Resultan especialmente llamativas las conclusiones de uno de los últimos artículos científicos publicados al respecto,[64] donde se afirmaba que las transferencias incondicionales de dinero se asociaron con mejoras en los indicadores de salud mental; en el caso de los niños, cuanto antes tenían lugar estos pagos, más se amplificaban los efectos. Asimismo, el artículo sugería que los factores que canalizaban este nexo entre las transferencias de dinero y la disminución del padecimiento psíquico eran la reducción del estigma (asociado a la pobreza) y la esperanza en el futuro. El estudio en cuestión hablaba de un experimento de renta básica universal, pero la consistencia de los diferentes estudios sobre garantizar la subsistencia de la gente es alta y debería guiar más políticas públicas en el ámbito de la mejora de la salud o, en general, en la búsqueda de una vida mejor.

En este texto no vamos a describir un catálogo de horizontes deseables, porque podría convertirse esto en un listado de deseos tan irrealizables como intercambiables por otros similares. Tampoco vamos a ahondar en los efectos concretos de medidas determinadas. (Los efectos sobre la salud de la renta básica o, en general, de las políticas de rentas, ya se abordaron con algo más de profundidad en *¿A quién vamos a dejar morir?*).[65] Lo que sí queremos es plantear principios rectores o elementos mínimos básicos que consideramos necesarios

para avanzar hacia sociedades menos generadoras de malestar. Elementos cuya consecución (parcial o total) pudiera traducirse en facilitar el ideal de *vivir mejor*, y de cuyos beneficios a este respecto hay, por lo menos, indicios en la literatura científica publicada. No hablamos de un horizonte imposible, sino de un camino que funciona como una variable continua, con infinitas paradas intermedias, cada una mejor que la anterior.

Los cuatro elementos en cuestión serían: igualitarismo como mirada de futuro, infraestructuras sociales que posibiliten otras formas de relacionarnos, fomento del arraigo como elemento de seguridad y certeza, y supresión de la división sexual del trabajo como condición de posibilidad para que cuidar no sea un generador de malestar. Todos ellos operan dentro del marco de la cohesión social, la seguridad a futuro y la redistribución de las cargas de cuidados, aspectos que han mostrado promover el bienestar y aliviar el padecimiento psíquico.

Sostener que el igualitarismo ha de ser el valor central para una sociedad que no tenga el *malestar* como sentimiento de época se entiende bien considerando su alternativa, la desigualdad. Lo hemos comentado al principio de este capítulo, pero hay que insistir en que no solo es abrumadora la evidencia existente acerca de que los países con menor desigualdad son países donde la salud en general y, más concretamente, la salud mental presentan mejores datos, sino que además no existe ningún estudio publicado que demuestre lo contrario. Además, también es posible explicar el efecto del igualitarismo desde sí mismo, no desde su opción en negativo. El ejemplo en términos de salud que suele emplearse es el de un pueblo de Pensilvania llamado Roseto; se trataba de un pueblo de migrantes italianos que tenía la característica de que su población solo se moría «de vieja», de modo que, a pesar de haber aumentado su población mayor de treinta y cinco años, apenas había aumentado su tasa de mortalidad. Esto se publicó en la revista científica *JAMA*[66] y fue objeto de muchos estudios posteriores, destacando los realizados veinticinco[67] y cincuenta[68] años después de que se empezaran a tener datos. Todos los estudios mostraban lo mismo: en Roseto la población moría más tarde que en el resto de las poblaciones cercanas, y no había causas vinculadas con los hábitos de vida o la exposición a factores o prácticas de riesgo que pudieran justificarlo. Los análisis señalaban constantemente dos aspectos: la solidaridad (familiar y comunitaria) y la homogeneidad social (esto es, el igualitarismo).

En términos de *vivir mejor*, es preciso defender un igualitarismo que trascienda la idea de igualdad de oportunidades y muestre que la igualdad y la cohesión social son el camino hacia vidas más plenas y menos «malestadas».

Esta respuesta al *malestar*, basada en generar sociedades donde sea posible vivir mejor, no puede apoyarse solamente en prácticas sociales, en la conquista de derechos que en ocasiones son difíciles de sustanciar o en objetivos igualitaristas que rijan políticas muy macro. Para que sea efectiva, es necesario también desarrollar entornos que generen socialización por sí mismos. En lo que el sociólogo Eric Klinenberg llama «infraestructuras sociales»,[69] reside la necesidad de crear el campo de juego donde las relaciones comunitarias se fraguan, con independencia de que uno quiera fomentar o no ese sentimiento de comunidad. Klinenberg lo explica muy bien cuando afirma que «la infraestructura social tiene una importancia tremenda, porque las interacciones locales cara a cara —en el colegio, en los parques infantiles, los foros de internet, en la cafetería de la esquina— cimientan toda la vida pública. Las personas establecen vínculos en sitios que cuentan con infraestructuras sociales saludables no porque pretendan forjar una comunidad, sino porque es inevitable que las relaciones prosperen cuando las personas tienen un trato prolongado y recurrente (sobre todo, mientras hacen actividades con las que disfrutan)».

Es decir, para promover sociedades cohesionadas, no basta con fomentar los valores ligados a la cohesión social, especialmente cuando lo que predomina en la sociedad es un elogio del individualismo y un desprecio continuo a todo lo que suena a instituciones comunes. Para que esa cohesión florezca es necesario generar entornos de encuentro que favorezcan los vínculos; es decir, la cohesión social se debe convertir en una práctica cotidiana desligada del compromiso activista en su favor. Esto es algo que, en la otra cara de la moneda, lo han entendido muy bien los planificadores urbanísticos de los nuevos núcleos de desarrollo y construcción; cada vez más, las ciudades tienden hacia modelos de vivencia *hacia dentro*: entornos *bunkerizados* en los que la vivienda se abandona en coche para entrar en una oficina a la que se accede por el *parking*, desde donde se vuelve a casa, pasando tal vez por el *parking* del centro comercial para comprar algo. El urbanismo genera sujetos políticos que hacen del sueño húmedo de algún liberal una antropología cotidiana. Nuevas ciudades dentro de viejas ciudades, donde crecen un Carrefour o un hospital privado antes que un centro de salud o un colegio público. Zonas plagadas de niños y niñas donde las escuelas infantiles públicas son un elemento mitológico y donde las zonas verdes son las que existen dentro de los bloques de pisos, no fuera. Barrios donde «lo público» es desplazado por «lo privado» y «lo vecinal-comunitario» por «lo de la urbanización».

El concepto de infraestructura social recuerda, al menos a quienes nos movemos en el ámbito de la salud pública, a los denominados *activos en salud*,[70]

elementos sociales con capacidad para promover que ocurran cosas que avancen hacia un resultado concreto —la mejora de la salud de la población, su mantenimiento, o la ganancia de autonomía y control por parte de la ciudadanía —, con la diferencia de que las *infraestructuras sociales* vendrían a ser el recurso material donde se producirían esos vínculos y encuentros, mientras que los *activos en salud* pueden ser también elementos informales o intangibles.

Las infraestructuras sociales guardan gran relación con otro de los elementos fundamentales para esta búsqueda del *vivir mejor*: el arraigo. Leyendo el libro *Expuesta*, de Olivia Sudjic, uno se topa con una frase de Simone Weil que dice: «El arraigo es tal vez la necesidad más importante y menos reconocida del alma humana». Sudjic rescata esta frase en el contexto del relato de sus episodios de ataques de ansiedad. El arraigo como elemento de anclaje frente a la ansiedad desencadenada por episodios vitales donde la inseguridad y la eventualidad rigen el día a día y el futuro. Rosa Jiménez define el derecho al arraigo como «el derecho a establecer un vínculo estable con el espacio cotidiano que habitamos y las gentes con las que lo compartimos. Como ocurre con otros derechos, que exista no supone obligación de ejercerlo, pero la posibilidad de hacerlo es socialmente beneficiosa para quien lo usa y para quien no».[71] Jiménez plantea una manera de medir el arraigo para poder planificar los entornos urbanos de modo que se favorezca este derecho, y señala tres dimensiones o categorías que podrían servir para pensar el arraigo a la vez que para medirlo: cobertura de derechos sociales (acceso a recursos), incidencia en la vida pública (acceso a influencia) e inclusión-equidad (acceso a diversidad).[72] Bajo este planteamiento, para que el arraigo tomara forma, precisaría de las infraestructuras sociales, así como de una orientación igualitarista con capacidad para garantizar equidad en un contexto de diversidad. El derecho al arraigo nos habla, probablemente, de la posibilidad de articular un proyecto de sociedad más basado en la esperanza (que mira hacia delante) que en la nostalgia (que mira hacia atrás), al dotar a las personas de la capacidad de construir proyectos individuales y colectivos que no consistan solamente en tratar de de-somatizar el eterno malestar procedente de la eterna rumiación de la pregunta «¿qué va a ser de mí?».

Por último, hablamos de la eliminación de la división sexual del trabajo. Existe una tendencia, incluso en ciertas corrientes que podrían autodenominarse progresistas y que retornan a este tema de forma recurrente, a abordar la distribución sexual del trabajo partiendo de postulados esencialistas: el hombre tiene una naturaleza física más fuerte y por eso carga con los trabajos más exigentes en ese aspecto (idea que se disipa rápidamente en cuanto se ve a una auxiliar clínica de cincuenta kilos moviendo sola a un paciente que pesa el doble

que ella para asearle), mientras que las mujeres tendrían una inclinación *natural* por el cuidado. Más allá de esos esencialismos de patas cortas, merece la pena echar una mirada a lo que sabemos acerca del impacto de la división sexual del trabajo sobre la salud y, más en concreto, del impacto del rol de las labores de cuidados formales e informales sobre el padecimiento psíquico.

En relación con lo primero, un estudio realizado en España que analizó las desigualdades sociales en salud percibidas tanto en hombres como en mujeres, señalaba lo siguiente:[73]

> Nuestros hallazgos sugieren que entre los hombres, parte de la asociación entre la posición de clase social y la mala salud puede explicarse por las condiciones físicas y psicosociales de trabajo y la inseguridad laboral. Entre las mujeres, la asociación entre los puestos de trabajo de la clase trabajadora (no propietaria, no directiva) y la salud se explica sustancialmente por las condiciones de trabajo, el bienestar material en el hogar y la cantidad de trabajo doméstico.

Es decir, las condiciones de trabajo aparecen al analizar hombres y mujeres, pero solo en las mujeres parece que la cantidad del trabajo doméstico es un asunto significativamente asociado a una peor percepción de la propia salud. Además de esto, se ha estudiado profusamente que las tareas de cuidados suponen una carga para las personas cuidadoras en términos de padecimiento psíquico (ansiedad y depresión son las entidades más referenciadas).[74] En el tercer capítulo hicimos referencia a cómo los hombres y las mujeres, en virtud de los roles de género, se acercan de forma diferente al *malestar*; a eso hemos de añadir que la abolición de la división sexual del trabajo, que iría acompañada de la corresponsabilidad en las tareas de cuidados (en las prácticas y también en su planificación, obviamente), redundaría en una mejora de la vida no solo de quienes a día de hoy cargan con el mayor peso de los cuidados formales e informales, sino también de quienes ocupan el rol de incomparecencia en estas tareas. Repartir la actual carga de las mujeres en materia de cuidados actuaría aliviando sus efectos sobre el empeoramiento de la salud percibida (que es un acercamiento bastante notable a lo que hemos llamado *malestar*), pero es que, además, la incorporación de los hombres[75] al ámbito de los cuidados en una condición de corresponsabilidad ayudaría a construir una masculinidad que se definiera más por reducir su jornada que por ser el empleado que más horas pasó en la oficina el mes pasado, impactando de forma positiva también en su salud y bienestar.

El eslogan de «¡Abajo el trabajo!» debería ir acompañado por algún corolario que estableciera «¡Arriba la redistribución de los cuidados!», ya que hay trabajos

que nunca podrán echarse abajo porque sin ellos la vida no existiría. Eliminar la división sexual del trabajo es *conditio sine qua non* para pensar horizontes de reducción de la jornada laboral, conquista del derecho al tiempo y conversión de la ociosidad en un elemento central de la organización social. De lo contrario, la reducción de la jornada, la conquista del tiempo o el abrazo de la ociosidad se distribuirán en un marco de desigualdades de género que, en términos de *vivir mejor todas y todos*, no será sino un tiro en el pie.

El ámbito de la igualdad de género, además, podría ser mirado como un ejemplo en muchos aspectos. En el libro *Contra la igualdad de oportunidades*,[76] además de hacer un sólido alegato sobre los valores del igualitarismo como proyecto social y político, César Rendueles plantea que las transformaciones modernas en relación con la igualdad entre hombres y mujeres muestran algunos motivos por los que podrían ser tomadas como modelo para un proyecto colectivo igualitarista que vaya más allá de la igualdad de género. Los motivos que da son los siguientes:

> En primer lugar, nos muestran que existen procesos de retroalimentación política positiva: cuanta más igualdad conseguimos, más y mejor igualdad queremos. […]
>
> En segundo lugar, las relaciones de género son el único espacio social donde se ha aceptado casi de forma universal una concepción finalista de la igualdad, es decir, donde la igualdad deseable no se entiende exclusivamente como igualdad de oportunidades. […]
>
> En tercer lugar, los progresos en la igualdad entre mujeres y hombres nos muestran que la igualdad y la libertad son dos fenómenos tan estrechamente relacionados en nuestras sociedades que a menudo resulta muy difícil distinguirlos. […]
>
> La creciente igualdad de género, por último, nos muestra que la igualdad es un proyecto social complejo que tenemos que ir construyendo a medida que descubrimos y tratamos de evitar sucesivos callejones sin salida.

Al hablar de igualitarismo, infraestructuras sociales, fomento del arraigo y supresión de la división sexual del trabajo, lo último que pretendemos es que esos cuatro factores sean como cuatro losas más que, cual jinetes del apocalipsis, caigan sobre los hombros del sujeto que, anegado de malestar, a duras penas consigue levantarse de la cama cada mañana. La idea de colectivizar el malestar no es —por mucho que en el Mediterráneo tendamos a entregarnos culturalmente a la mortificación— experimentar en nuestras carnes la inabarcabilidad del sufrimiento humano, el vacío de la incertidumbre y la impotencia que genera la

inmanencia de nuestro sistema. Se trata, por el contrario, de hacernos conscientes de que muchas de las raíces de ese malestar están fuera de nosotros. Que la sensación de fracaso vital tiene mucho más que ver con las continuas loas a los don Amancios de turno a las que estamos expuestos de forma diaria y con la falsa meritocracia que envuelve las decisiones vitales que hemos ido tomando. Que la sensación de incertidumbre tiene más que ver con el hecho de que, efectivamente, el horizonte global es incierto que con que no sepamos hacernos cargo de nuestras vidas. Que este continuo agotamiento no depende tanto de tu debilidad o fortaleza intrínsecas como de que se haya aceptado globalmente que el objetivo de nuestro trabajo y nuestro funcionamiento social es hacer que los ricos sean más ricos y que quienes acumulan poder tengan cada vez más poder, y que creamos que vivimos en el mejor de los sistemas posibles porque existen algunos que tienen todo lo que se puede soñar y los demás podemos soñar que algún día seremos como ellos.

La angustia existencial es un fenómeno humano, y no seremos nosotros quienes osemos negar su pertinencia. Simplemente señalamos que no se dan las condiciones para que podamos afrontar esa angustia existencial en libertad. En resumen, no es que seas un pésimo narrador de tu biografía y que lo que llevas escrito hasta la fecha esté lleno de pautas problema, sesgos cognitivos y falta de resiliencia, es que las editoriales te dejan caer un millón de veces al día que quieren manuscritos así. Y tú, como biógrafo, tiendes a escribir lo que te piden.

Pero mucho más importante que identificar las causas externas del malestar, que suele ser tan abrumador que paraliza, es identificar los mil gestos cotidianos que hacemos para intentar resolver ese malestar. No el particular, no el que extenúa a cada uno, sino el común. Nuestro día a día está repleto de confrontaciones con la máquina extenuante —y deliberadamente *extenuadora*— que es el sistema. Cada vez que hacemos uso de una de esas infraestructuras sociales, cada vez que repartimos una tarea de cuidado, cada vez que pensamos en un nosotros (ya sea porque lo palpamos o porque lo anhelamos), cada vez que nos hacemos cargo de quienes tenemos alrededor, cada vez que arraigamos un poco o nos brindamos como sustrato para que otro arraigue, estamos extrayendo (y generando) nutrientes de (y para) unas raíces distintas a aquellas que nos generan malestar. Estamos formando parte de muchas más cosas que la maquinaria productivista contemporánea. Estamos confrontando el malestar, no el individual, el de todas.

Frente a la idea de que el autocuidado individual privatizado es la forma más útil —cuando no la única— de aliviar el malestar, creemos que, por muy legítimo y necesario que sea tener espacios propios, hay algo infinitamente más potente en

el hecho de pensar desde un nosotros y, sobre todo, en identificar cuánto de mí mismo es un nosotros. Llama la atención lo extendida y comercializada que está la idea del autocuidado y lo poco extendida que está la idea de los cocuidados, cuando es algo que, quizá a excepción de los *incels* y otros mal llamados lobos solitarios que más bien funcionan como parásitos, ejercemos de continuo.

Al igual que una parte imprescindible de hacerse cargo de un sufrimiento es identificar su raíz, es también indispensable identificar y saber de forma consciente cuántas veces al día estamos haciendo una resistencia, activa o pasiva, a todo aquello que genera ese malestar. Y cuánta de esa resistencia es compartida. Más allá de eslóganes (que compartimos) como «la alegría es revolucionaria» o «cuidarnos unas a otras para ser peligrosas juntas», que corren el riesgo de acabar asimilados por la hueca narrativa motivacional hegemónica, creemos que es importante prestar atención —tanta como la que prestamos al malestar que nos dificulta el día a día— al hecho de que existe un nosotros sosteniéndonos y respaldándonos, al igual que cada uno de nosotros sostiene y respalda a otros. Resulta llamativo lo difícil que es articular un discurso esperanzador sin que emerja la narrativa motivacional *misterwonderfuliana*, totalmente al servicio del *establishment*. Quienes escribimos este texto hemos necesitado leer al colectivo Contra el diluvio[77] abrazando el optimismo como herramienta imprescindible para abordar el calentamiento global, y a Layla Martínez reivindicando las utopías para poder reclamar que podemos, queremos y vamos a estar mejor.[78] Precisamente por eso creemos que es imprescindible ampliar esa brecha. Porque entender el malestar en clave individual no es útil, pero sobre todo no es justo. Vamos a estar mejor, y lo vamos a conseguir con autocuidados, poniendo límites y respetando los ritmos y los espacios personales, así como yendo a terapia a reparar traumas cuando sea necesario; pero sobre todo lo vamos a conseguir exigiendo y construyendo una vida mejor para todas. Empecemos por recuperar el discurso.

En un contexto histórico en el que la posición habitual de demanda es un «¿qué hay de lo mío?», apostamos con fiereza por un «¿qué hay de lo nuestro?», y, yendo aún más allá, por un orgulloso «todo este bienestar común lo hemos construido con nuestras propias manos y el malestar impuesto no nos va a impedir que lo sigamos construyendo».

[44] Seguró, M., *Vulnerabilidad*, Herder, 2021.

[45] Fernández-Savater, A., «Una fuerza vulnerable: el malestar como energía de transformación social», *Eldiario.es*, 27 de enero de 2017, disponible en: https://www.eldiario.es/interferencias/malestar-energia-transformacion-

social_132_3613686.html.

[46] Errejón, Í., «La coalición de los frágiles frente a la coalición de los solos», Reporte Sexto Piso, febrero de 2021, disponible en: https://reportesp.mx/2021/2/lecturas/la-coalicion-de-los-fragiles-frente-a-la-coalicion-de-los-solos.

[47] Moruno, J., *Sin igualdad no hay libertad*, IECCS, 3 de junio de 2021, disponible en: https://www.ieccs.es/post/sin-igualdad-no-hay-libertad.

[48] La expresión «corriente arriba» y «corriente abajo» hace referencia a una de las formas de presentar el modelo de determinantes sociales de la salud, donde «corriente arriba» serían las causas de las causas del problema de salud en cuestión, aludiendo por lo general a aspectos más estructurales, mientras que «corriente abajo» haría referencia a aspectos más pegados al problema de salud en sí (hábitos de vida, por ejemplo), de carácter más individual y menos estructural-colectivo.

[49] En el contexto de una crisis ecosocial como la actual, nos parece que es preciso no limitar al ser humano la condición del derecho a no opresión o no dominación en el diseño de lo que sería deseable al buscar el bienestar.

[50] Ahmed, S., *La promesa de la felicidad*, Caja Negra, 2019.

[51] Wilkinson, R. y K. Pickett, *Igualdad*, Capitán Swing, 2019.

[52] Gili, M., «The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary health care 2006-2010», *Eur J Public Health*, 23(1), 2012, pp. 103-108.

[53] Leach, L. S., P. Butterworth, L. Strazdins *et al.*, «The limitations of employment as tool for social inclusion», *BMC Public Health*, 10(621), 2010, pp. 621-634.

[54] Wilkinson, R. G., *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality*, Routledge, 1996, p. 54.

[55] Kawachi, I., B. P. Kennedy, K. Lochner y D. Prothrow-Stith, «Social capital, income inequality, and mortality», *Am J Public Health*, 87(9), 1997, pp. 1491-1498.

[56] Fraser, N., «¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era "postsocialista"», *New Left Review*, 2000, p. 30.

[57] Valencia-Gutierrez, D. A., «Diagnóstico y solución a la injusticia en Nancy Fraser e Iris Young. ¿Redistribución o reconocimiento?», *Revista Filosofía UIS*, 18(1), 2019, pp. 67-88.

[58] Fraser, N. y A. Honneth, *¿Redistribución o reconocimiento?*, 2.a ed., Morata, 2006.

[59] Fraser, N., «On justice», *New Left Review*, marzo-abril de 2012, disponible en: https://newleftreview.org/issues/ii74/articles/nancy-fraser-on-justice.

[60] Fraser, N., *Escalas de justicia*, Herder, 2012.

[61] Fraser, N., *Fortunas del feminismo. Del capitalismo gestionado por el Estado a la crisis neoliberal*, Traficantes de Sueños-IAEN (Instituto de Altos Estudios Nacionales del Ecuador), 2015. En este texto, Fraser describe la figura del *cuidador universal* de la siguiente manera: «Concluyo, en consecuencia, que las feministas deberían desarrollar un tercer modelo —el del "cuidador universal"— que induzca a los hombres a parecerse más a cómo las mujeres son ahora: personas que combinan el empleo con las

responsabilidades de los cuidados primarios. Tratando los actuales patrones de vida de las mujeres como la norma, el objetivo de ese modelo sería el de superar la separación entre el rol de proveedor y el de cuidador. Evitando tanto el laboralismo del «proveedor universal» como el privatismo doméstico de la «paridad del cuidador», el objetivo es aportar justicia de género y seguridad para todos».

[62] La definición clásica de «salud» de la OMS dice: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Esta definición es irrealizable, niega la posibilidad de estar sano teniendo enfermedades y no sirve para una realidad de patologías crónicas que acompañan a la persona a lo largo de la vida. Para más sobre este tema, recomendamos: Padilla, J., *¿A quién vamos a dejar morir?*, Capitán Swing, 2019.

[63] Zafra, R., *Frágiles. Cartas sobre la ansiedad y la esperanza en la nueva cultura*, Anagrama, 2021.

[64] Wilson, N. y S. McDaid, «The mental health effects of a Universal Basic Income: A synthesis of the evidence from previous pilots», *Soc Sci Med*, 287, octubre de 2021, 114374.

[65] Padilla, J., *¿A quién vamos a dejar morir?*, Capitán Swing, 2019.

[66] Wolf, S., «The Roseto Roster», *JAMA*, 189(9), 1964, 700.

[67] Wolf, S., R. C. Herrenkohl, J. Lasker *et al.*, «Roseto, Pennsylvania 25 years later-highlights of a medical and sociological survey», *Trans Am Clin Climatol Assoc*, 100, 1989, pp. 57-67.

[68] Egolf, B., J. Lasker, S. Wolf y L. Potvin, «The Roseto effect: a 50-year comparison of mortality rates», *Am J Public Health*, 82(8), agosto de 1992, pp. 1089-1092.

[69] Klinenberg, E., *Palacios del pueblo*, Capitán Swing, 2021.

[70] Hernán, M. y B. Botello, «Activos para la salud. A vueltas con el poder, la dependencia y la salud comunitaria», en V. López Ruiz y J. Padilla Bernáldez (coords.), *Salubrismo o barbarie*, Atrapasueños, 2017.

[71] Jiménez Pereda, R., «Raigambre: leer la ciudad para escribirla», Planeta Nodrizo, 8 de mayo de 2021, disponible en: https://medium.com/planeta-nodrizo/raigambreleer-la-ciudad-para-reescribirla-9a613960e236.

[72] Estas tres dimensiones recuerdan, en cierto modo, a la tríada redistribución-reconocimiento-representación antes mencionada al hablar de Nancy Fraser.

[73] Borrell, C., C. Muntaner, J. Benach y L. Artazcoz, «Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour?», *Soc Sci Med*, 58(10), mayo de 2004, pp. 1869-1887.

[74] Stratmann, M., Y. Forsell, J. Möller *et al.*, «Informal care and the impact on depression and anxiety among Swedish adults: a population-based cohort study», *BMC Public Health* 21, 2021, 1263.

[75] Ya sabemos que *not all men*, pero los datos sobre reducciones de jornada o

excedencias para cuidado de familiares dependientes siguen siendo demasiado desequilibrados como para que podamos seguir utilizando la generalización.

[76] Rendueles, C., *Contra la igualdad de oportunidades. Un panfleto igualitarista*, Seix Barral, 2020.

[77] Dado que resulta difícil definir a Contra el diluvio, recomendamos visitar su web: https://contraeldiluvio.es.

[78] Martínez, L., conferencia de clausura de las XXV Jornadas de la AMSM.

Bola extra.
Interior, tarde.
Era pre-COVID

«Frases apoteósicas de la consulta: "estoy enferma desde los 22 y me voy a morir sin saber de qué", oído a paciente de 87 años [emoji estupefacto]».[79] Eso decía un tuit de Mariola Marrero, médica de familia.

¿Existe una enfermedad que dura sesenta y cinco años y no da la cara en ningún momento? ¿Qué es ese malestar que se prolonga durante décadas y es invisible para la medicina?

Creemos haber explicitado lo suficiente durante este libro que no creemos que el malestar deba entenderse y abordarse solo desde su relación con la salud, lo sanitario y lo asistencial; lo cual no quita que *también* haya que entender el malestar desde ahí. Más allá de disquisiciones escolásticas acerca de la frontera entre lo patológico y lo *normal*,[80] apostamos por intentar trasladar al ámbito sanitario nuestra perspectiva sobre el malestar común (por su frecuencia) y común (por pertenecernos a todos), con el fin de poder buscar las raíces del malestar fuera de quienes lo sufren, pero también para poder detectar todas las resistencias, soluciones y esperanzas que confrontan ese malestar. Ejercer el *cofiñismo*[81] (esto es, tener tan interiorizada la búsqueda de las causas de las causas que te sale sola) es algo que consideramos puramente saludable y constructivo. Como en cada temporada de *The Wire* o en la ya citada conferencia de Layla Martínez, recomendamos que cada cual aplique este mirar a todo campo cuyas miserias conozca. Por nuestra parte, nos explayaremos ahora en hacer la autopsia de un *relámpago de malestar* en uno de los entornos donde más horas de nuestra vida nos hemos dejado: las Urgencias de un hospital.

Interior, tarde. Era pre-COVID

Neones mortecinos mezclados con luz que entra por la puerta, entrada de la Urgencia general. En paralelo al pasillo de entrada a la Urgencia hay otro pasillo con quince asientos de plástico, como los de los estadios de fútbol, mirando hacia tres consultas angostas. Las paredes, pintadas de blanco hace varios años, están algo sucias. Las puertas de las consultas, correderas, de un naranja brillante, se compraron en una reforma reciente y parcial; se abren sin un patrón de tiempo fijo: algunos pacientes están dentro mucho rato, a veces poquísimo. Los volantes se acumulan por decenas, las personas también. Algunos esperan en la calle, entrando y saliendo para ver si les llaman, muchos otros esperan de pie. En invierno es peor, con la calefacción sofocante y teniendo que cargar las prendas de abrigo. El ruido de conversaciones mezcladas es alto y aturde a los pocos minutos. Suenan además el zumbido de la climatización, el chirrido de las puertas automáticas y los chasquidos de las camillas que entran y salen cada poco camino de otra zona de la Urgencia. En este hospital esta zona se llama «el Cero». Se atiende a pacientes, que en su mayoría han acudido por su propio pie, con patología banal, con riesgo mínimo de complicación. Para quienes cubren esos puestos de guardia el peor temor no es la enorme cantidad de pacientes que verán, ni que muchos de esos pacientes entren agotados y crispados —el tiempo medio de espera es de cuatro horas—; el mayor miedo es que un error de triaje haya clasificado a alguien grave en esta zona y para cuando le atiendan ya no haya nada que hacer. Cada asomada a la puerta a leer los nombres de los que entrarán siguientes incluye un barrido buscando un mal color, un mal aspecto, una mirada de acompañante genuinamente asustada, algo que active una corazonada con la que compensar el error previo. Un paciente sale y deja la puerta de la consulta abierta. Una residente, en su cuarta hora de guardia, con trece horas de trabajo por delante, busca en una guía antimicrobiana la mejor opción de tratamiento para la celulitis que acaba de ver. Desde ese pasillo con asientos de estadio, atestado de gente, un chico joven grita colérico: «¡Y ahora se pone a leer un libro la muy subnormal!».

¿Cuántos malestares distintos atraviesan esta escena? ¿Cuántos son problemas de salud? ¿Cuántos son enfermedades? ¿Cuántos son responsabilidad del sistema sanitario? ¿Y de sus profesionales? ¿De cuántos procede hablar esa tarde en esa Urgencia? ¿Dónde y cómo se habla del resto? ¿Quién se dedica al malestar en su conjunto? ¿Existe un malestar en su conjunto?

Diseccionemos la escena. Los malestares evidentes:

- El chico, probablemente dolorido, que lleva horas esperando, rodeado

de gente dolorida que también lleva horas esperando, sin saber ninguno si les atenderán o no —creen que sí, pero ¿y si su caso se ha traspapelado?—, sin saber cuánto falta para que les vean si es que les van a ver, sin saber si tendrían que haber venido, si habría sido mejor venir en otro momento, si les pasa algo grave que nadie está viendo, si a la gente que tienen por delante le pasa algo que justifique de verdad estar en Urgencias; progresivamente más incómodos, enfadados, enfadados con quienes manifiestan enfado porque hacen aún más desagradable la espera, molestos con quienes se muestran sonrientes o tranquilos porque entonces tan malos no estarán y están retrasando la atención. Irritados porque no saben de cuál de las tres consultas les van a llamar, porque seguro que la que les toca va más lenta que las otras dos —lo cierto es que no hay diferencia real—, porque qué demonios estarán haciendo ahí dentro, por qué cuando sale un paciente no entra inmediatamente otro, por qué salen los médicos y dejan la consulta vacía si estamos sin atender. Quizá el chico no es paciente sino acompañante y su malestar consiste en cansancio pero sobre todo en la angustia de ver a su familiar —quizá añoso o frágil— dolorido, aún sin atender, quién sabe si traspapelado y condenado por un error ajeno a ponerse otra vez al final de la cola cuando por fin los médicos se enteren de que les tienen que ver, empezando la espera desde cero porque un ordenador les ha borrado o un papel se ha perdido. Sin saber si tendrá que faltar al trabajo, si le darán justificante, si le darán la baja, si le despedirán —otra vez— por estar de baja. Probablemente el chico no repare en la pintura sucia de las paredes, la arquitectura hostil, la angostura de todo. Probablemente sí le inunde la sensación de que su motivo de consulta —o el de su familiar— no le importa a nadie, aunque esté rodeado de profesionales a los que no ve, cuya razón de estar ahí es precisamente responder a su consulta.

→ La residente, cansada ya pero más cansada ante las horas que le quedan por delante. De los treinta pacientes que lleva vistos hay dos o tres que le revolotean por la cabeza, por si no ha acertado lo que tenían y se ha equivocado haciendo de más o haciendo de menos. Insegura ante lo que hace, oscilando entre pensar que pide demasiadas pruebas o demasiado pocas, perfectamente consciente de que todos los demás sabrían mejor que ella qué tienen los pacientes, con cuáles hay que ser amable, con cuáles marcar límites. Preocupada por pasar por alto algo grave,

preocupada por ser indulgente con «la gente con cosas leves que no deberían estar allí», porque la única narrativa que hay en Urgencias respecto a cómo serían estas menos hostiles es «es que la gente tiene muy poca educación sanitaria y les tenemos que enseñar». Molesta porque las adjuntas de hoy no van a ayudarla con nada, porque si la ayudan no se fía de que sea correcto lo que le digan. Porque una detrás de otra atiende a personas que se encuentran mal, algunas muy irritadas, la mayoría comprensivas pero agotadas. Porque hay gente que se enfada cuando pide pruebas porque tienen que esperar más y otros que se enfadan porque no las pide y no se preocupa lo suficiente. Porque cree que muchas veces no se valora el esfuerzo que ella ha hecho para saber atender esa consulta. Porque ella hizo todo ese esfuerzo buscando saber responder a patologías de verdad, no las que ve en esa consulta. Incómoda porque seguro que los demás se ahogan menos que ella, seguro que sus coerres[82] se desenvuelven mejor y se atascan menos y seguro que su consulta va más lenta que las demás (lo cierto es que no) y comete más errores (tampoco).

«¡Y ahora se pone a leer un libro la muy subnormal!».

→ La tremenda humillación de estar dolorido, hacinado en un pasillo, sin saber si te atenderán, sin que le importes a nadie y que las pocas veces que ves a quien quizá te toque esta persona escoja deliberadamente retrasar el atenderte, aunque a lo mejor te estás muriendo, aunque a lo mejor tu familiar se esté muriendo —que crees que no, que no es para tanto, pero y si sí lo es, aquí nadie iba a enterarse, y menos aún alguien que en vez de atenderte se pone a leer—. Porque tu malestar a lo mejor es una enfermedad mortal o a lo mejor son gases, pero hasta que puedas saberlo irá acompañado de miedo y una tremenda vulnerabilidad, que pasarán a un segundo plano cuando alguien capaz de discernir enfermedad mortal de gases ponga en marcha un algoritmo diagnóstico-terapéutico. Y el dolor será una epigastralgia, o una apendicitis, un aneurisma abdominal reventando. Algo llevadero, algo medianamente preocupante, algo tremendamente grave. El diagnóstico encarrilará ese malestar a un procedimiento terapéutico, como se desbloquean las pantallas en los videojuegos. Pero otro malestar, el de la vulnerabilidad, el de no importar, el de «igual no saben que me tienen que atender», desaparecerá mucho antes, cuando te llamen. Quizá lo sustituya otro, el de recibir una atención distraída, o torpe, o

empeñada en preguntar estupideces que no parecen tener nada que ver con la razón por la que uno ha venido. Y con cada una de las fases asistenciales que uno atraviese desaparecerán unos malestares y aparecerán otros, desaguando por sumideros distintos, unos convertidos en entidades clínicas con respuestas consensuadas por expertos, otros convertidos en vivencias emocionales en torno a la experiencia que se esfuman, transforman o anclan.

→ La tremenda humillación de atravesar una jornada extenuante, física y mentalmente, con la tarea encomendada de vaciar el mar con un cubo, puramente inabarcable; la certeza de que llorarás al día siguiente, con el terror a equivocarte y matar a alguien, con la culpa y la vergüenza de atender en malas condiciones proyectadas burdamente sobre la caricatura de «los que no tendrían que haber venido». «La gente viene a Urgencias por gilipolleces menos uno que sí que vendrá malo de verdad y si no soy yo la que se da cuenta nadie lo hará». Compensar todo ese miedo y desagrado con una actuación pulcra, intachable, con no equivocarse ni una sola vez, aplicando de forma rigurosa la última evidencia disponible. Ver una celulitis, que venga a la cabeza el tratamiento que suena, quererlo comprobar, no vayamos a meter la pata por ir con prisa, el paciente no tiene la culpa de que la Urgencia esté atestada, merece un trato de la mejor calidad que una pueda dar, decidir consultar para hacerlo bien. Que alguien pueda pensar que a ella no le importa que la gente lleve horas esperando, que alguien pueda pensar que ella no entiende lo atroz de estar enfermo esperando en una silla incomodísima o que ella prefiere ponerse a leer una novela antes de hacer su trabajo, cuando lo único que le permite hacer la guardia es precisamente su sentido del deber.

Es un disparate pensar que alguien puede ponerse a leer como actividad de ocio en un contexto así. Es un disparate pensar que puede darse por normal el funcionamiento de un dispositivo asistencial con una media de cuatro horas de espera. Es un disparate pensar que la arquitectura de los espacios de atención y cuidado pueda ser tremendamente hostil. Es un disparate pensar que la gente escoge pasar la tarde en Urgencias como forma accesible de ocio.

La Urgencia descrita pertenece a un hospital público de una comunidad autónoma que lleva por bandera el desmantelamiento de los servicios públicos, en el discurso explícito pero también en el deterioro soterrado de los centros

sanitarios que no son de gestión privada. En particular este hospital fue una vez el mascarón de proa de un discurso frontalmente opuesto al de la comunidad que lo gestiona. La vivencia del personal y de los habitantes a los que da servicio es que debido a esto fue particularmente represaliado. La infrafinanciación e infradotación crónicas lo han llevado a funcionar habitualmente al borde del colapso, unas veces a un lado del borde, otras al otro.

En este funcionamiento colapsado, profundamente generador de malestar, se produce esta interacción, atravesada de hostilidad y, sobre todo, tremendamente innecesaria. No ya el exabrupto proferido por el chico, sino todo su contexto. Esta Urgencia colapsada en este hospital represaliado se convertirá años después en uno de los peores escenarios de la primera ola de la COVID-19. Nada es casualidad. La población en la que se ubica es una de las más envejecidas de todo el Estado, de nivel socioeconómico bajo, muy castigada por las últimas dos crisis.

La escena descrita, desgraciadamente real, está protagonizada por dos personas de edad parecida pero posiciones muy distintas. En el mundo, en su relación con la salud, en recursos epistémicos. Sin embargo, comparten que ante la situación hostil ambos activan defensas paranoides; para no sucumbir al vacío melancólico del servicio público que al deteriorarse los ha dejado atrás —a cada uno de una manera—, ambos convierten su malestar en enfado contra un enemigo que puedan ver, al que puedan enfrentarse y odiar. «Los que vienen a Urgencias por gilipolleces». «La subnormal que se pone a leer en vez de trabajar».

A los malestares enumerados podemos añadir el de los testigos de la escena. Por pura demografía alguno de ellos será añoso. Pongamos a una paciente de setenta años que ha venido a Urgencias por un mareo sin pérdida de conciencia. Espera pacientemente, como ha esperado muchas veces en el médico a lo largo de su vida. Los últimos años más. La espera le preocupa por ella y por todo lo que está dejando sin hacer durante ese tiempo. Preocupada por quienes habitan su casa, por la familia que no vive con ella pero a la que tiene siempre en mente, tanto la generación que la precede (si queda alguien), como la suya propia, como la siguiente, como la otra. Asiste a la escena donde un chico jovencísimo increpa a una chica jovencísima. La chica a la que le contará su mareo y a lo mejor la tomará en serio o a lo mejor no. A lo mejor está enfadada después de que la increpen y no la puede atender bien. La sensación de que antes no pasaban estas cosas, de que pasaban cosas mejores y también pasaban cosas peores. La sensación de estar a más distancia cada vez de quien la tiene que atender. Otra vulnerabilidad diferente, frente a los dos. Frente a la ciudad a la que ha visto oscilar entre la miseria, la bonanza y la miseria otra vez. Su malestar de consulta, un mareo, tiene un lenguaje mucho más impreciso que el de otros motivos de

consulta esa tarde en esa Urgencia. Lo emocional se entremezcla con lo perceptivo. Esa imprecisión, tremendamente castigada en los algoritmos diagnósticos —los escritos y los que ponen en práctica los clínicos en sus cabezas —, es común a muchas patologías que rara vez afectan a personas como las que escribieron esos algoritmos o quienes sentaron las bases epistémicas que han permitido llegar a esos algoritmos. La paciente de setenta años, que apenas terminó el colegio para ponerse a trabajar en una de las regiones más pobres de este país, de la cual vino a esta ciudad del extrarradio de la capital hace casi cuarenta años, no conoce el término *epistémico*. Sin embargo sí intuye que en ocasiones se abre un mundo entre las palabras que conoce y lo que quiere explicar, entre lo que quiere explicar y lo que sus interlocutores quieren entender. No conoce la palabra pero sí, y mucho, el concepto. Así pues, quizá hoy no haya un diagnóstico que propicie decisiones tan concretas como en los demás, su pantalla de videojuego sea eterna, sin pasar nunca a otra distinta. Le ha pasado muchas veces. Lo ha hablado en otras salas de espera muchas veces. Quizá ella sí se fije más en las paredes sucias de la Urgencia. Conoce esa suciedad tan característica del descuido institucional, mal contenida en el día a día con quienes habitan ese espacio. Huyó de esa suciedad hace casi cuarenta años pero aunque vino a los aledaños de una metrópoli repleta de dinero, en los espacios que a ella le toca habitar ese desprecio institucional palpable siempre vuelve a aparecer.

Entre el chico, la residente, la señora que ve la escena, las paredes sucias y los despachos donde se toman decisiones que afectan a todos, se pueden trazar múltiples líneas que dibujen el origen y el punto donde se hace consciente un malestar. Muchas de ellas atraviesan los cuerpos. Como los haces de electrones en la radioterapia, de uno en uno hacen poco efecto, pero allá donde se concentran, destruyen el tejido. Los malestares que les confluyen son de naturalezas muy diferentes: emociones individuales, clima afectivo de un grupo —único e irrepetible como es una sala de espera—, alteraciones patológicas del funcionamiento de sus cuerpos, la condición trituradora inherente al trabajo asalariado, efectos de decisiones políticas recientes, efectos de decisiones políticas tomadas décadas atrás, vivencias opuestas e irreconciliables de una experiencia común, que no es otra que un encuentro entre sujetos dedicados a desvelar solo uno de los muchos malestares.

En la consulta de la residente hay tres o cuatro libros de bolsillo con ultracondensados del saber médico, en los que aparecen enunciados muy pocos de todos esos malestares. Si acudimos a la biblioteca de ese mismo hospital encontramos libros mucho más extensos, que explican con todo lujo de detalles lo

que esos tres o cuatro libros resumen. Patologías, propedéutica, algoritmos diagnósticos y terapéuticos. Una lista larga que se sabe infinita pero también es tremendamente limitada. Muchas de las líneas que atraviesan a nuestros protagonistas no tienen cabida en esa lista porque esa lista de enfermedades nunca se pensó para reflejar todos los malestares existentes, solo aquellos que la medicina podía «comprender» (en su acepción de «entender» pero también de «albergar»). Algunos libros de esa biblioteca, los de salubrismo, hablan de las condiciones de vida que propician las patologías y describen muchos más de esos malestares, aunque lo que pone en estos libros no sale apenas en esos ultrarresúmenes de consulta. Aun así, ninguno de los libros de la biblioteca explica la totalidad de los malestares, aunque sí expliquen parte de por qué en unos cuerpos se entrecruzan y concentran muchas más líneas que en otros.

Sin embargo los protagonistas de nuestra escena, aun siendo muy distintos entre ellos, comparten que a la hora de poner nombre y hacer frente a sus malestares tienden —y se diría que cada vez más— a utilizar el mismo idioma en el que están escritos los libros ultracondensados de las consultas médicas. No necesariamente los términos técnicos, pero sí las normas de juego, la mecánica de pantallas que, al hallar la combinación adecuada de teclas, permite acceder a la pantalla donde las soluciones son fácilmente accesibles gracias a todo el esfuerzo empleado previamente. Creemos que ese es uno de los problemas fundamentales que tenemos a día de hoy para afrontar el malestar: la perspectiva única para entenderlo.

A priori podríamos pensar que nos gustaría tener la capacidad de escribir un medimécum (uno de esos ultracondensados) de respuestas no sanitariocéntricas o asistencialocéntricas al malestar. Pero lo cierto es que no es lo que queremos. No porque hayamos usado poco el medimécum, que lo hacemos y haremos, ni porque estemos en contra de los ultracondensados. No buscamos hacer un medimécum del malestar ni especularmente un medimécum del bienestar porque para poder condensar cualquiera de los dos hace falta perder la perspectiva que permite ver todos los haces de electrones entrecruzándose. Para condensar y recomendar, hace falta escoger posición epistémica, lo cual, inexorablemente, genera cegueras y genera atalayas. Es evidente que, pese a las diversas cegueras, desde cada atalaya se pueden hacer aportaciones útiles, se puede aliviar sufrimiento, se puede reencauzar el malestar. El más borde y antipático de los traumatólogos puede operarte el hombro, quitarte dolor y devolverte funcionalidad, que era lo que tú buscabas yendo a su consulta. Cero objeciones a que existan intervenciones técnicas sobre el sufrimiento. El pero lo pondremos siempre ante la idea de que esa sea la única forma de responder al sufrimiento

que concebimos.

Además hay una dimensión concreta del sufrimiento, eso que en este texto hemos querido llamar «malestar», que se alimenta en particular de esas cegueras y esas atalayas. Para poder comprender (otra vez, entender pero también albergar) el malestar es imprescindible prestar atención por igual al chico de la Urgencia, a la residente, a la anciana, a las gerencias, a la consejería, a la sociedad civil y a las limitaciones, cegueras y atalayas de quienes hemos escogido esta imagen y no otra para intentar desentrañar el código fuente de una realidad.

En la película *Valerian y la ciudad de los mil planetas* (2017) los protagonistas, que viven en el siglo XXVIII, atraviesan un Gran Mercado intergaláctico. En la escena del mercado, fácilmente localizable en YouTube,[83] podemos ver cómo los protagonistas compran en un mercado ubicado en otra dimensión. Para acceder a él han de colocarse unos cascos y unos guantes que les permiten ver y tocar los objetos. Sin casco y guantes vemos a unos pocos centenares de personas deambulando desperdigadas por un desierto, sin rumbo aparente. Una vez los protagonistas se ponen los cascos podemos ver que en realidad están en un bazar atestado de gente y objetos, al que se está accediendo a la vez desde múltiples planetas y en el que hay millones de transacciones e interacciones teniendo lugar de forma simultánea. Como lleva haciendo desde su inicio, la ciencia ficción nos habla mucho más de cómo es nuestro presente que de cómo será el futuro. Ignoramos si en el siglo XXVIII estaremos vivos o si tendremos mercados con máquinas a la salida que transmuten los objetos adquiridos en otras dimensiones y, sinceramente, nos importa poco. Sí sabemos que a día de hoy vivimos en un mundo en el que muchos de los objetos que utilizamos de forma cotidiana han recorrido el mundo en contenedores marítimos, en el que la tecnología que usamos de forma cotidiana está atravesada de intereses comerciales que se nos escapan, que el dinero circula libremente mientras las personas fallecen por miles intentando migrar, que el dinero en el que se remunera nuestro trabajo se almacena en entidades bancarias que si bien no están en otra dimensión sí entrecruzan y juegan de forma continua con nuestro capital, rindiéndolo a una miríada de intereses simultáneos que a la mayoría de los ciudadanos se nos escapan, y así *ad nauseam*. Vivimos en un Gran Mercado como el que atraviesan Valerian y Laureline, donde nuestra realidad está atravesada de millones de otras realidades y los cascos y guantes de los que disponemos para ver e interaccionar con todas esas realidades son precarios y obtusos.

No hemos pretendido en este texto buscar un medimécum del malestar, sino contribuir un poco a la visera de ese casco con el que ver el Gran Mercado. Para poder ver la infinidad de realidades que atraviesan nuestro malestar pero

también vernos a nosotros mismos a la luz de esa mirada. Y vernos entre nosotros, con todo lo que nos hace daño pero también todo lo que nos une, nos hace fuertes, nos repara.

No tenemos la capacidad de crear un casco[84] que nos conecte con otras dimensiones, pero sí nos atrevemos a afirmar que entender el malestar —valga el de la escena de Urgencias que hemos destripado o cualquier otro aspecto de los hablados en páginas previas— desde la perspectiva única del malestar como un problema de salud mental a resolver con una intervención técnica, es andar por el Gran Mercado sin casco: deambular sin rumbo por el desierto, desconectados de todos los que deambulan como nosotros. Necesitamos más narrativas, más puntos de vista, más lógicas, más lenguaje.

[79] Marrero Díaz, M., Twitter, 25 de marzo de 2021, https://twitter.com/mariolamarrero/status/1375131953142374402.

[80] Sin duda abrazamos toda aquella reivindicación desde el margen y contra la normatividad, que con frecuencia suelen enarbolar el eslogan «normal es un programa de la lavadora», si bien no podemos evitar verle un punto de razón a quienes quieren enarbolar el término *normal* como la síntesis de lo que deberíamos consensuar entre todos que queremos ser. Normal sería entonces ser antifascista, preocuparse por el otro, construir y no aniquilar, respetar la subjetividad de todos, del primero al último, etc. Léase *normal* entonces en el texto como un término turbulento, plagado de contradicciones y que si en esa frase es el término escogido para contraponerse a *patológico* es fundamentalmente por economía del lenguaje, si bien no por ello dejamos de reconocer lo controvertido del término.

[81] Nuestro querido Rafa Cofiño (@rcofinof) fruncirá el ceño al leer este texto y será el primero en decir que lo de «las causas de las causas» no lo inventó él. Somos conscientes de ello. Pero es que no solo nos referimos a buscar causas de causas, que eso ya se lo agradecemos a Virchow cada mañana, sino también a generar espacios y discursos que, además de lúcidos, sean fértiles para nuevas soluciones. Y es difícil encontrar una figura que nos inspire esta idea más que el susodicho.

[82] Compañeros del mismo año de la especialidad (residencia).

[83] Por ejemplo aquí: https://www.youtube.com/watch?v=d9Unv1xT1FM.

[84] Aunque tenemos claro que los llamaríamos *cascofiños*.

Índice

Portada
Malestamos
Introducción. El malestar que seremos
Café con lorazepam
Estamos mal
Determinantes sociales de estar mal: no eres tú, somos nosotros
El sindicato y el psicoterapeuta: nuestra salud como falso dilema
Tras el malestar
Bola extra. Interior, tarde. Era pre-COVID
Sobre este libro
Sobre Javier Padilla y Marta Carmona
Créditos

Un sentimiento recorre nuestras vidas. No es ansiedad, no es depresión, no es euforia ni inquietud. Es, simplemente, que estamos mal.

Un sentimiento recorre nuestras vidas. No es ansiedad, no es depresión, no es euforia ni inquietud. Es, simplemente, que estamos mal. Vivimos en sociedades que hablan de salud mental pero que, en realidad, están hablando de un conjunto de conceptos entremezclados: desesperanza, cansancio, falta de expectativas, estrés, preocupación y dificultad para saber cuándo se acabará ese sentimiento. El malestar del que hablamos tiene mucho que ver con la incapacidad de imaginar un futuro que sea realizable, con la falta de certezas sobre lo que ocurrirá mañana o sobre el reflejo que nos sale al pensar que lo que venga será siempre peor que lo que ya pasó.

Ante esto, la primera pulsión de la sociedad parece ser la patologización de ese malestar, ya sea por la vía de la terapia o del psicofármaco. Una opción alternativa, pero igualmente frecuente en ciertos ámbitos, es la negación de la singularidad del sufrimiento y la llamada a la politización como respuesta única posible. En este libro tratamos de abordar los falsos dilemas ante los que nos enfrentamos al hablar de “lo que nos pasa”, mirando a las raíces del sufrimiento psíquico y planteando soluciones que no eludan la complejidad del problema.

Javier Padilla. Médico de familia y comunidad con formación en el ámbito de la salud pública, gestión sanitaria y economía de la salud. Durante años co-autor del extinto blog “Médico Crítico”, en la actualidad forma parte del Colectivo Silesia, donde escribe y agita cuando y cuanto es posible. Trabajó durante un tiempo como asesor parlamentario de Marta Sibina cuando ésta era portavoz de sanidad de En Comú Podem en el Congreso de los Diputados. En 2014 comenzó a investigar y escribir sobre teorías de la justicia y su aplicación al ámbito de la salud pública y las desigualdades sociales en salud.

Marta Carmona, Ha sido psiquiatra steampunk, psiquiatra a deshoras y ahora por fin psiquiatra de Centro de Salud Mental, como debe ser. Máster en estudios feministas. Acaba siempre en la junta directiva de alguna asociación, actualmente de la AEN y la AMSM. Parte del Colectivo Silesia. Madre de dos niñas, ambas de nombre insólito.Coordinadora de los libros Transpsiquiatría, abordajes queer en salud mental y Mejorar los barrios para una mejor salud mental, publicados por la AEN en 2018 y 2022. Intenta llevar el conocimiento situado a todos los ámbitos en los que opera.

Título original: *Afropean: Notes from Black Europe* (2020)

© Del libro: Javier Padilla y Marta Carmona
Edición en ebook: octubre de 2022

© Capitán Swing Libros, S. L.
c/ Rafael Finat 58, 2º 4 - 28044 Madrid
Tlf: (+34) 630 022 531
28044 Madrid (España)
contacto@capitanswing.com
www.capitanswing.com

ISBN: 978-84-12553-84-0

Diseño de colección: Filo Estudio - www.filoestudio.com
Corrección ortotipográfica: Victoria Parra Ortiz
Composición digital: leerendigital.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.